

CAPÍTULO

2

PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Nacimiento, historia y actualidad

ARQUEOLOGÍA DE LOS PRINCIPIOS

TEMA 9: Juramento hipocrático: entre la beneficencia y la no-maleficencia

TEMA 10: Los derechos de los pacientes: del paternalismo a la autonomía

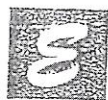
TEMA 11: El problema de la justicia

TEMA 9

Juramento hipocrático: entre la beneficencia y la no-maleficencia

Contenido:

1. Historia de Fernando
 - 1.1 Introducción
2. Orígenes de la Ética Médica
 - 2.1 Ética juvenil
 - 2.2 Ética aristocrática
 - 2.3 Ética saludable
3. El Médico en el mundo Griego
 - 3.1 El Juramento hipocrático
 - 3.1.1 Evolución en su interpretación
 - 3.1.2 Marco en que se sitúa
 - 3.1.3 El compromiso moral y la relación terapéutica
 - 3.1.4 Cláusulas finales
 - 3.1.5 Conclusión
4. Consolidación del paternalismo: "El Medicus Gratosus"
 - 4.1 La dominación médica
 - 4.2 El dominio del paciente
 - 4.3 La disciplina medieval: el Juramento de Maimónides
5. El Medicus Politicus: el paternalismo burocrático
 - 5.1 La Medicina como profesión
 - 5.2 El Royal College of Physicians
 - 5.3 Thomas Percival
 - 5.4 La herencia de Percival
 - 5.5 Conclusión: el principio de beneficencia



En 1979 dos reconocidos bioeticistas, Tom Beauchamp y James Childress publican su famoso libro *Principles of Biomedical Ethics*, que de algún modo se ha convertido la biblia para enfocar los problemas bioéticos durante 15 años.

Beauchamp y Childress tomaron prestada la teoría del gran eticista Sir David Ross, quien distingue dos niveles en el razonamiento moral.

Ross distingue un primer nivel o unos primeros principios que llama deberes *Prima facie*, es decir, deberes primarios. Un ejemplo de estos deberes se representa por la siguiente situación: "todos sentimos el deber primario de gratitud cuando alguien nos ha beneficiado" y éste es un deber *prima facie*, es un deber moral que se nos impone a todos. Ross nos comenta otra situación: le decimos a un amigo "te espero a los 8 pm en la puerta del teatro" y luego no vamos; pero aun que sea por una causa justificada, sentimos haber transgredido un deber. Imaginemos que mientras vamos al teatro presenciamos un accidente de tráfico y entonces consideramos que debemos ayudar a las personas que lo necesitan, que es otro deber, y llegamos tarde a la cita. Para Ross está plenamente justificado incumplir la promesa de estar a la 8 pm en la puerta del teatro; sin embargo, es casi seguro que a pesar de que se creía que tenía razones morales suficientes para incumplir la promesa, porque se encontró con otro deber que consideraba prioritario, el sujeto en cuestión quede intranquilo y llame por teléfono a su amigo e intente explicarle porqué no ha cumplido la cita. En el fondo, si no se nos impusiera el deber de cumplir las promesas de un modo claro, no tendríamos que llamar al amigo.

En conclusión, primer nivel: nivel de los deberes *prima facie*, unos deberes primarios que no son subjetivos sino que de algún modo son intersubjetivos.

Y dice Ross que también hay otro nivel, que le llama el nivel de los *actual duties*, de los deberes reales y efectivos, distinto de los deberes *prima facie*. Un deber real y efectivo es aquel deber que nos obliga en un cierto momento, cuando entran en conflicto varios deberes *prima facie*. Cuando no entran en conflictos, los deberes *prima facie* son moralmente obligatorios, pero cuando entran en conflicto, entonces hay que jerarquizar los principios, ver cuál tiene prioridad y decidir el que se convierte en *actual duty*, en un deber real. El otro ya no es real, puesto que queda como entre paréntesis por el primero que tiene más impacto o penetrancia en términos genéticos.

1. LA HISTORIA DE FERNANDO

Entre la beneficencia de Fernando y la autonomía de la madre.

Fernando a sus 14 años era un niño gordo y solitario, acostumbrado ya al uso de insulina debido al diagnóstico de diabetes juvenil.

Cognitivamente no se elevaba mucho, pero manejaba el mundo de la plástica y su imaginación concreta se reflejaba en múltiples creaciones de madera, cartón y pinturas. Por un tiempo deseó ser igual al resto de los niños, pero como su pensamiento no era tenaz, se contentó con crear a su manera una solitaria existencia donde su madre representaba su único valor real.

Un día, como consecuencia de sus frecuentes torpezas cayó escaleras abajo perdiendo la conciencia. A raíz de esto se exploró mediante imágenes cerebrales (TAC y RMN cerebral). El diagnóstico del hallazgo fue un tumor cerebral, el cuál dado sus características anatómicas y su ubicación fue clasificado como craneofaringioma. A este diagnóstico se le atribuyó su dificultad cognitiva como también su persistente obesidad. La indicación médica fue la cirugía. Esta terapéutica resultó avalada en diferentes centros neuroquirúrgicos nacionales como también de los Estados Unidos.

Todas las opiniones concordaron en que la intervención debería realizarse a la mayor brevedad posible. Durante ese año se produjo una descompensación brusca del proceso expansivo debido a la violenta dilatación de su componente quístico, provocando síndrome de hipertensión endocraneana con pérdida de visión bilateral secundaria a compromiso de quiasma óptico. Además, apareció compromiso de conciencia de carácter progresivo. La situación obligó a operar de urgencias esa misma noche. La cirugía fue de salvataje de vida, drenándose el quiste por vía estereotáxica, solucionándose así el conflicto de presión intracraneana que amenazaba su existencia.

Beauchamp y Childress, en su libro establecen cuatro principios *prima facie*, asumidos por todos en el mundo de la Bioética o en el mundo sanitario, por todos los seres racionales que forman parte de este mundo. Estos cuatro principios son: el *principio de no-maleficencia*, yo no puedo hacer mal a otro; el *principio de beneficencia*, tengo que ayudar en ciertas circunstancias, sobre todo si me lo piden; el *principio de autonomía*, hay que respetar la libertad, la conciencia de las personas, sus creencias particulares; y el *principio de justicia*, hay que tratar a todos por igual, con equidad, es un principio básico según el cual toda discriminación se percibe por los seres racionales *a priori* como injusta o inhumana.

Sin embargo, estos principios no fueron inventados por Beauchamp y Childress: estos principios tienen una arqueología, una historia, la cual debemos descubrir para entenderlos y emplearlos en la toma de decisiones. El principio de no-maleficencia y beneficencia tiene su trasfondo en el juramento hipocrático; el principio de autonomía nace de la declaración de los Derechos Humanos, y el principio de justicia de la evolución de este mismo concepto desde Aristóteles hasta Rawls.

1.1. INTRODUCCIÓN

El rasgo característico de la ética médica occidental, por lo menos en sus orígenes, es de un "paternalismo" fuerte. En esta tradición, la griega, el enfermo tiene una condición similar a la del niño y el esclavo, la de un ser irresponsable, incapaz de moralidad. La enfermedad, dice Aristóteles, hace del enfermo un sujeto incapaz de prudencia (*phronesis*), perturbándole el juicio moral. En Grecia es frecuente pensar que sólo el *kalós*, es decir el hombre sano y bello, puede ser *agathos*, bueno.

A continuación vamos a estudiar los antecedentes de los principios de beneficencia y no-maleficencia. En primer lugar, los orígenes de la ética médica; en segundo lugar, su documento más influyente, el Juramento Hipocrático; en tercer término, la historia del paternalismo "carismático" u antiguo, y el cuarto la del paternalismo "burocrático" o moderno.

2. ORÍGENES DE LA ÉTICA MÉDICA

La cultura griega fue profundamente "fisiológica", construyeron todo su desarrollo a partir del término *physis*, naturaleza. La naturaleza significa lo que nace o brota. Para los griegos la naturaleza es un magno *kosmos*, un conjunto ordenado de cosas. Cada cosa tiene su lugar, el llamado "lugar natural". Pero también lo Bueno, *agathos*, es para los griegos lo que ocupa su lugar en el *ordo naturae*, lo ordenado: su concepto de la ética es rigurosamente naturalista.

Al revés que la cultura moderna que contraponen lo moral a lo físico, lo libre a lo necesario; para los griegos *Ethos* no significa ética, en su sentido

Esta fue la razón de que Fernando se encontrara a los 16 años en una unidad de cuidados intensivos (UCI) perteneciente a una institución privada de salud. El niño recuperó la conciencia en forma parcial quedando definitivamente ciego. A su patología inicial se la agregó hipotiroidismo y diabetes insípida.

La unidad de cuidados intensivos cumplió su labor y estabilizó al paciente en relación con sus parámetros alterados. Durante 4 meses la evolución clínica fue desastrosa. Las variables metabólicas se controlaron estrictamente como también la infecciones concomitantes tanto del árbol respiratorio, como del sistema urinario. Sin embargo, las complicaciones neuroquirúrgicas fueron gravísimas consistiendo en sangrado del lecho operatorio, infecciones y formación de abscesos cerebrales, hidrocefalo hipertensivo que obligó a derivación ventrículo peritoneal y luego a aparición de ventriculitis. Se requirió un total de 7 intervenciones quirúrgicas.

Durante ese tiempo que alcanzó 4 meses, Fernando permaneció con conciencia oscilante entre sopor profundo y coma. Sin embargo, cuando los parámetros se estabilizaron el niño permaneció en coma profundo y luego se diagnosticó estado vegetativo persistente. Esto explicó que durante tres meses permaneciera Fernando en la UCI con este diagnóstico, debido a la necesidad inicial de una estricta monitorización de sus condiciones metabólicas para permitir su supervivencia.

Como médicos tratantes actuaron el neurocirujano, el neurólogo y el médico de la UCI representado por su médico jefe. Toda decisión terapéutica fue analizada en conjunto.

Los tres profesionales mantuvieron relación estrecha y cálida con su madre, informándole con detalle, precisión y en tiempo adecuado todo el acontecer patológico y terapéutico de Fernando. Después de la última intervención quirúrgica reconocieron frente a ella la imposibilidad de recuperar médicamente a su hijo. Esto se planteó categóricamente

actual, sino el orden natural de la existencia humana, el ajustamiento al orden natural.

La ética griega filosófica tiene tres rasgos:

1. Es ética aristocrática, en doble sentido del término: se hereda de padres a hijos y conlleva una alta posición económica y social.
2. Ética juvenil.
3. Ética saludable: sólo los sanos pueden ser buenos.

2.1 ÉTICA JUVENIL

Para el griego la palabra *andreia*, fortaleza, va emparentada con la palabra *andreios*, varonil. En Grecia hay un auténtico culto a la juventud: sólo el joven es un ser plenamente "natural".

Para el griego, el desarrollo del ser humano se ve en tres etapas:

La niñez: el niño no es un ser plenamente natural, porque no ha finalizado el proceso de maduración.

La juventud: hasta que se alcanza la plenitud o perfección de la naturaleza, el ser humano no es completamente sano, bello o bueno.

La Vejez: tampoco el viejo, porque ha comenzado el proceso de corrupción.

En *La República* se afirma: "La madurez espiritual de los hombres prudentes comienza más tarde que la corporal, propia de los fuertes".

La juventud comienza en torno a los 25 años, y la madurez termina alrededor de los 50; antes, en la infancia o adolescencia, al no haber finalizado el proceso de generación, no hay perfección ni, por tanto, salud, belleza y bondad. Tampoco después, en la vejez: "la enfermedad es una vejez adquirida, y la vejez una enfermedad natural" (Aristóteles, *Sobre la generación de los Animales*, 748b30)

En esas edades no se puede dar la relación humana más exquisita, la amistad. Los niños basan la amistad en el placer, y los ancianos en el interés; sólo en la madurez se dan las condiciones adecuadas al nacimiento de la verdadera amistad.

Por tanto, hay cuatro edades fundamentales:

Dos extremas y defectuosas: la infancia y la vejez.

Dos de plenitud: la juventud, con plenitud física, y la madurez con la plenitud espiritual.

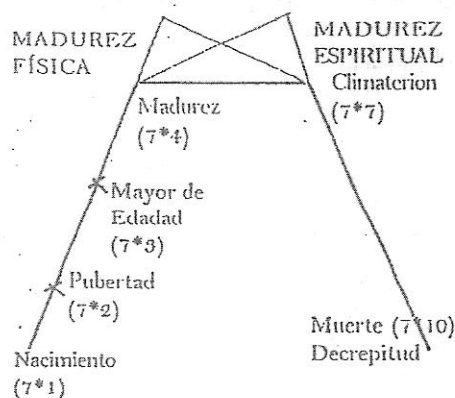
La técnica de Solón propone dividir las edades del hombre en múltiplos de 7:

ante el diagnóstico de estado vegetativo persistente. Frente a esto último sólo se logró la aceptación del traslado de Fernando a la unidad de cuidados intermedios y el cambio de su apoyo respiratorio, utilizando para esto un respirador mecánico apto pero de menor complejidad. Estas conquistas, a decir de los médicos, fueron logradas aprovechando la condición de un aumento brusco de pacientes que requirieron ingreso en la UCI a consecuencia de un accidente automovilístico. Más allá de eso no se obtuvo por parte de la madre aceptación alguna para disminuir el énfasis terapéutico.

62 Teresa, madre de Fernando, es una mujer culta, profesional de 42 años, separada desde mucho tiempo y sola en la vida, trabajaba y vivía en función sólo de su hijo. La empresa en la cual se desempeñaba cubría la totalidad de los gastos médicos. Siempre mantuvo la postura de que su hijo no debía ser trasladado a otra institución y menos que se implementara sus cuidados en casa (*home care*).

Desde el diagnóstico de estado vegetativo comenzó nuevamente a trabajar visitándolo durante las tardes. Inicialmente permanecía toda la jornada en el hospital.

En forma apropiada, Teresa entendía toda la información médica exigiendo



LA VIDA DEL SER HUMANO
(Técnica de Solón para dividir las edades del ser humano en múltiplos de siete)

La madurez corporal va de los 28 (7 por 4) a los 35 (7 por 5), y la madurez espiritual va desde esa fecha hasta los 49 (7 por 7).

"Cuatro son las edades, a saber, adolescencia, juventud, senectud y decrepitud. La adolescencia es la complexión cálida y húmeda; en ella crece y aumenta el cuerpo hasta llegar a los 25 ó 30 años. A ella sigue la juventud, que es cálida y seca y que conserva en su perfección el cuerpo sin disminución de sus fuerzas; ésta acaba a los 35 ó 40 años. A continuación viene la senectud, fría y seca, en la que el cuerpo empieza a disminuir y decrecer algo, sin que falte, no obstante, la fuerza; dura hasta los 55 ó 60 años. Le sucede la decrepitud, con su concurrencia de humor flemático frío y húmedo; en ella se hace presente la carencia de fuerza y ella con el transcurso de los años pone fin a la vida" (Cf. La Isagoge de Ioannitius, en: *Asclepio* xxvi-xxvii, 1974-5, 322-323)

Sólo el joven es realmente moral, con sentido para la justicia y la amistad. En los niños y ancianos no se halla la naturaleza actualizada en su plenitud y, por tanto, tampoco la moralidad. No quiere decir que sean inmorales, sino más bien neutros. Tienen el mismo *status* que los tratados de Medicina reservan para los convalecientes que ya no están enfermos, pero tampoco sanos.

2.2 ÉTICA ARISTOCRÁTICA

Grecia atribuye la virtud, la moral, a los nobles, no a los plebeyos. El aristócrata es por naturaleza bueno (tiene *areté*, virtud y *aristefía*, valentía, heroísmo, nobleza), a diferencia del plebeyo, que siempre estará, en términos de Nietzsche "más acá del bien y de mal", y por ello nunca dejará de ser "malo":

"La buena cuna es matriz de elevados sentimientos"

Los aristócratas son los únicos que pueden imponer las normas y tienen la autoridad para transgredirlas. La aristocracia no es sólo un valor social y político, sino también biológico (sangre azul y salud) y moral.

"Hay hombres de 'buena condición' y otros de 'mala condición'"

2.3 ÉTICA SALUDABLE

Según Aristóteles, la enfermedad hace al enfermo, incapaz de *phrónesis*, de prudencia, de juicio moral, como los niños y los locos.

Lo afirma igualmente Galeno cuando dice que las cualidades morales dependen del temperamento corporal: no hay virtud moral sin salud; más aún las faltas morales son consecuencia de mala complexión humoral.

El griego siempre pensó que la salud, como la belleza y la bondad, eran cualidades naturales, y que la enfermedad, la fealdad y la maldad eran contranaturales.

siempre maximizar sus cuidados. Incluso aceptó la irrecuperabilidad del estado vegetativo persistente, frente al cual declaró que realmente era insalvable para la "ciencia", pero que debido a ello exigía con más énfasis la atención de Fernando debido a que esperaba un "milagro" y no sabía en cuanto tiempo podría ocurrir. "Mientras lata el corazón", argumentaba, "el tiempo corre a nuestro favor". "Su vida es mi vida", agregaba con sus ojos fijos en la médicos y "no estoy dispuesto a perderla. El milagro existe, al menos para mí y ustedes sólo saben de ciencia. Dios está conmigo". La decisión era irreductible.

Salvo a ella no se conoció otra persona interesada por Fernando. Los médicos tratantes se inquietaron. Su quehacer era innecesario. Se sentían presionados sin saber con claridad la cualidad y cantidad de dicha presión. El médico jefe de UCI desertó, en el sentido de declarar que su unidad tenía la responsabilidad de tratar siempre y que sólo podía impedírsele desde un punto de vista de obligación médica, el de vista de obligación médica, el profesional que se definía como tratante directo. Dada su declaración surgió la diversidad de criterios en el interior del personal médico rotante de la UCI, así como también en los profesionales de colaboración médica. Los que mantenían su condición de tratantes directos se enfrentaron a sus convicciones, a la postura neutral de la UCI y a la imposición materna.

Pidieron, entonces la participación del Comité de Bioética de la institución.

Para el griego era natural que las cosas fueran saludables, y lo que requería explicación era la enfermedad; para el hombre actual, la enfermedad es natural, y lo que debe considerarse concepto ideal es el estado de "perfecta salud".

Los griegos clasificaron las enfermedades en dos tipos: "por necesidad forzosa" (*kath'ananken*) o "por azar" (*kath'tykhen*). Las primeras más antinaturales que las segundas. Por eso se las llamó en latín: contranaturales (a las "por necesidad forzosa") y praeternaturales (a las "por azar"). Estas últimas son "accidentes", y no afectan la salud de los hombres más que accidentalmente; las primeras, por el contrario, atentan directamente contra su esencia o sustancia.

Con el paso del tiempo, se llegó a la distinción entre enfermedad agudas y enfermedades crónicas.

Las enfermedades crónicas son de instauración lenta y suelen deberse a desarreglos en las costumbres: abusos en comida, bebida, etc. Son las enfermedades morales, ya que surgen de desarreglos en las mores, costumbres.

Las enfermedades agudas surgen de modo abrupto, repentino: tienen carácter más "religioso" que moral.

Estos dos tipos de enfermedades se diferencian por las causas que la producen: hay muchas cosas, como la comida, la bebida, el ambiente, que en sí son indiferentes, de tal modo que producirán salud o enfermedad según el modo como se utilicen.

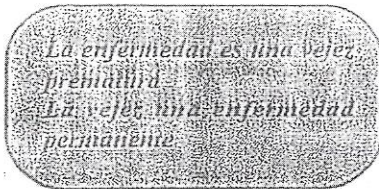
El médico debe distinguir entre enfermedades que pueden o no curarse, "a fin de ayudar en el proceso de curación a las que pueden curarse y de huir de aquellas otras que no se pueden curar", afirma Juan de Alejandría.

Las enfermedades morales deben cuidarse con una buena educación: las costumbres se educan, del mismo modo que la tierra se labra para evitar que crezcan la hierbas malas y ahogen a las buenas.

Hay una *paideia* de la salud que consiste en usar adecuadamente las cosas neutras, con el fin de evitar los malos hábitos. De ahí surge la *diaita*, que se ocupa del cuidado del cuerpo a fin de que las disposiciones naturales vuelvan a su orden.

Hay otro tipo de enfermedades que no tienen su origen en desarreglos prolongados o crónicos de los hábitos de vida, sino sobrevienen inesperadamente. Por eso tienen algo de divino o religioso. Si las anteriores eran enfermedades morales, éstas son religiosas: la naturaleza es orden y por tanto salud, y el desorden radical que es la enfermedad contranatural no puede estar producido sino por algo superior al propio orden de la naturaleza terrestre.

Todo lo bello es bello, y la
belleza no se da sin unas
relaciones o proporciones
regulares. Por tanto, el ser
vivo, para ser bello, deberá
connotar esas proporciones.
Platón, *Timeo*, 87b-c



3. EL MÉDICO EN EL MUNDO GRIEGO

La Medicina es una especie de sacerdocio; el médico es mediador entre los dioses y los hombres. Como consecuencia, la Medicina griega sacraliza al médico, al mismo tiempo que lo seculariza: el médico griego se ha desprendido del sacerdocio "ministerial", para asumir otro más laico e ilustrado. Pero mantiene sus notas: elección, segregación, privilegio, impunidad y autoridad.

Si la enfermedad es inmoral, el médico se convierte en "moralista": sólo mediante la regulación de las cosas neutras el hombre conseguirá la salud y, con ella, la bondad. De esta forma, la neutralidad pasa de la Medicina a la moral y se convierte, en principio, rector de las virtudes morales.

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

[INTRODUCCIÓN]

Juro por Apolo, médico, por Asclepio, Higia y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio al juramento y compromiso siguientes:

[Capítulo I: El Compromiso]

1. Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta;
2. considerar a sus hijos como hermanos míos, y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo de forma gratuita y sin contrato o compromiso;
3. hacerme cargo de los preceptos y lecciones orales y de todos los otros medios de enseñanza tanto a mis hijos como a los de mi maestro y a los discípulos ligados con un contrato escrito y un juramento según la ley médica; pero, fuera de esto, a nadie más.

La ética griega aristocrática, juvenil y saludable lleva al paternalismo.

La relación médico-enfermo es una relación *ethos-pathos*; si hay *pathos* no hay *ethos* y al revés.

El paciente es *infirmus*, falto de firmeza; no sólo física, sino también moral, por lo que el médico debe actuar como se hace con un niño pequeño, como padre:

"El paternalismo médico no es una aberración moral; todo lo contrario, es el único modo natural de actuar con los enfermos".

Se afirma taxativamente: "Ocultando al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de los datos... sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de esta declaración... del pronóstico sobre su presente y futuro" (Escrito hipocrático *Sobre la decencia*).

El médico hipocrático es paternalista, en el sentido de que considera a los enfermos como incapacitados morales, como personas que no pueden decidir sobre su enfermedad.

Pero es, al mismo tiempo, "maternalista". En el texto sobre las *Epidemias*, aparece el término *kharis*, que significa lo gratuito, amable, benevolencia, favor, gracia para con el enfermo.

Se concibe al médico como sacerdote laico, conocedor de los secretos de la naturaleza y de los arcanos de la vida, dispensador de gracias, de gracias de curación y de cuidado: es lo que lleva a K. Deichgräber a acuñar para el médico hipocrático el término de *medicus gratus*. La experiencia de la gracia es esencial en la vivencia religiosa.

Por tanto, tres actitudes caracterizan al paternalismo médico:

Paternal: impide que el paciente decida sobre su enfermedad
Maternal: Hace lo más grata posible la enfermedad

[Capítulo segundo: la Terapéutica]

Sacerdotal: mediador con la divinidad; con poder sobre la vida y la muerte

Para el griego, la naturaleza ordenada que llamamos *kósmos* y que está sometida a la divinidad o tiene carácter divino, posee tres órdenes, el orden del macrocosmos, cuyo representante es el sacerdote; el orden del mesocosmos o de la *polis*, con el rey o gobernante como máxima autoridad, es decir, como representante de la divinidad y personaje de algún modo divino; y el orden del microcosmos, el cuerpo humano, reservado al médico.

Pero el documento fundamental de la ética médica y el texto canónico del paternalismo médico es el Juramento Hipocrático. Examinémoslo.

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO:

1. EVOLUCIÓN EN SU INTERPRETACIÓN

El Juramento Hipocrático consta de dos partes: La *Syngraphe* representa las relaciones entre maestro y discípulo dentro de la fraternidad médica; y la que el Dr. Gracia llama *Therapeia*, es decir, las normas del médico en su actividad. Ambas partes van precedido por la Cláusula inicial y acaba con otra final

Cláusula Inicial
Compromiso (*Syngraphe*)
Terapéutica (*Therapeia*)
Cláusula Final

65

Desde el siglo I al XVIII se le consideró desde una actitud ahistórica y venerativa; como el documento que supo expresar los principios generales de la decencia y la responsabilidad en el arte de curar. Durante todos estos siglos se hizo una interpretación "naturalista", como si plasmase la naturaleza inmutable y necesaria de la actividad médica. A partir de entonces se inicia una aproximación más "historicista" de su contenido. Hoy día se le somete a la crítica textual (el Juramento es un texto escrito en unas coordenadas muy concretas de espacio y tiempo) y una crítica de la historia de las ideas, a lo que se ha denominado historia social. Examinemos más detenidamente estas tres fases por la que ha pasado en estos dos últimos siglos el Juramento.

1. Fase de crítica textual

La aparición de los métodos histórico-críticos a comienzo del siglo XIX hizo posible el surgimiento del interés de los filólogos e historiadores por los aspectos críticos de los textos clásicos. El resultado final de estos métodos es la edición crítica de los documentos. En el caso del Juramento, esta fase se inicia hacia 1861, cuando Emile Littré publica la edición crítica del texto, y se cierra en 1927 cuando aparece en el *Corpus Medicorum Graecorum* la edición de I. L. Heiberg. (*Hippocratis opera*, de I. L. Heiberg, *Corpus Medicorum Graecorum*, I. 1, Leipzig. Teubner, 1927).

ESQUEMA DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

- [Introducción]
- (Fórmula Inicial del Juramento)
- [Capítulo 1: El compromiso]
- (El maestro)
- (Los hijos del maestro)
- (La enseñanza)
- [Capítulo 2: La terapéutica]
- (El régimen de vida)
- (La farmacología)
- (La cirugía)
- (La visita domiciliaria)
- (El secreto)
- [Conclusión]
- (Bendiciones)
- (Maldiciones)

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

2. MARCO EN EL QUE SE SITÚA

Un juramento es un compromiso solemne realizado ante Dios; por tanto, poniéndole como testigo y aceptando su castigo en caso de transgresión. Los juramentos religiosos fueron frecuentes en todas las grandes civilizaciones antiguas desde los egipcios hasta el pueblo hindú.

Algunas profesiones se habían constituido en Grecia siguiendo el modelo del sacerdocio y con un concepto de la responsabilidad profesional más religioso que jurídico. En este sentido, se podría hablar de dos tipos de responsabilidades, una "fuerte" o moral, y otra "débil" o jurídica.

Lo mismo que hay dos tipos de responsabilidades, la fuerte y la débil, hay dos tipos de actividades:

Las "profesiones" y las "ocupaciones" u "oficios". Los oficios han estado sometidos a responsabilidad jurídica, mientras que la responsabilidad de las profesiones ha estado acompañada de impunidad jurídica, precisamente por hallarse sometidas a la responsabilidad fuerte o moral.

En consecuencia, puede afirmarse que históricamente ambas responsabilidades, la moral y la jurídica, no han ido parejas, sino que más bien han sido antagónicas: el disfrute de la responsabilidad fuerte eximía de responsabilidad jurídica, y al revés.

En realidad hay únicamente tres profesiones: el sacerdocio, la realeza (o la judicatura, por derivación) y la Medicina.

Nos referimos no al viejo sacerdocio olímpico, sino al fisiológico de la ilustración griega.

Con la crítica a la mitología se comienza a perfilar una idea no antropomórfica, sino fisiológica de Dios, "los mortales se imaginan que los dioses han nacido y que tienen vestidos, voz y

2. Fase de historia de las ideas

Una vez establecido el texto crítico se procede al análisis del sentido de las palabras, la semántica, y cómo los sentidos de las palabras se convierten en ideas, es decir, a la interpretación de las ideas. En el caso del Juramento, esta etapa se inicia en el año de 1933 cuando Karl Deichgräber publica su trabajo *Die ärztliche Standesethik des hippokratischen Eides*. Este texto produjo una respuesta antagónica, cuando en 1943 Ludwig Edelstein publica su monografía *The Hippocratic Oath* donde acusa a Deichgräber de haber hecho una interpretación muy beata y clasicista del Juramento. Por el contrario Edelstein hace una interpretación más dionisiaca del Juramento. Esta etapa concluye en 1970 cuando don Pedro Laín Entralgo publica su libro *Medicina Hipocrática*, obra que marcó la inflexión de esta etapa y marca el punto de partida de la tercera.

3. Fase de la historia social

Esta fase se sitúa en la "revolución de mayo del 68". Esta revolución marcó un gran descubrimiento: la ciencia y la cultura no son sólo sistemas de ideas, sino sistemas de poder social, es decir, sistemas sociales. Por tanto, es importante situar ese saber en el interior de la lógica de poder propia del medio social en que surgieron, para así poder entender su contenido.

En relación con el Juramento Hipocrático podemos situarlo en el siguiente contexto: el Juramento es un documento paradigmático de lo que se ha denominado rol sacerdotal o rol profesional, propio de sacerdotes, reyes o jueces y médicos.

Son roles que poseen una fundamentación primariamente religiosa y que aúnan una elevadísima responsabilidad ética y la más amplia impunidad jurídica. Ello confiere a las profesiones un *status* muy particular, diferente de las meras ocupaciones u oficios.

Por eso el Juramento no es sólo paradigma de la ética médica, sino de la ética profesional en cuanto tal.

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO:

3. EL COMPROMISO MORAL Y LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

La relación del médico hipocrático con su maestro y sus colegas: el compromiso moral

Todo juramento tiene un contenido que en el texto está entre el comienzo y el final de las normas rituales. Este contenido se denomina *xyngraphé* (Compromiso) y que aquí tiene dos partes: una relativa a las relaciones de los médicos entre sí y otra con las obligaciones del médico con su paciente.

figura humana como ellos" (Fragmentos de los Presocráticos, Diels H. y Kranz W. 21 B 14, 3 vol. Berlín 1934). "Los etíopes imaginan a sus dioses chatos y negros, y los tracios de ojos azules y pelo rubio" (DK 21 B 16).

A la piedad olímpica sucede la piedad fisiológica, que crece, de una u otra forma, en la divinidad de la *physis*, "Dios es día-noche, invierno-verano, guerra-paz, hartura-hambre, (todos los opuestos, éste es su significado). (Heráclito, DK 22 B 67).

De ahí surge que el filósofo tuvo en Grecia una clara conciencia sacerdotal, sacerdote de la religiosidad fisiológica, que también poseyó el autor del Juramento hipocrático.

Este tipo de sacerdocio alcanza su madurez en Pitágoras, pensador y filósofo de Samos:

Pitágoras crea una forma de vida, "la vida pitagórica". Sus discípulos tenían ciertos cultos y ritos de consagración que les vinculaban a la secta. Comunidad que se constituye en el 532 a. C., y colocaban gran énfasis en el secreto. Por eso no hay escritos pitagóricos antes de fines del siglo V.

La Medicina adquiere así una función religiosa y el médico ejerce un sacerdocio: ellos son ahora los nuevos sacerdotes que separan lo puro de lo impuro, lo bueno de lo malo, lo sagrado de lo profano; son quienes distinguen, diferencias, segregan y dominan. Además, tienen el poder de curar, de purificar, de santificar.

Éste es el medio cultural en que se compone el juramento hipocrático. El médico del juramento es un sacerdote. Por eso se le exige una responsabilidad fuerte. No hay más profesionales que los sacerdotes y los que imitan su rol.

Los caracteres formales del Juramento: es documento religioso, compuesto en el interior de las religiones místicas, por el que el iniciado hace un juramento de guardar una serie de normas y reglas. Examinémoslas.

Los hijos de los médicos entran en la profesión sin hacer un juramento, a diferencia de los que ingresan en la corporación médica y no se hallan unidos por lazos de sangre.

En Grecia existían familias de médicos y cirujanos que transmitían sus conocimientos a su descendencia. El que no pertenecía a la familia, al aprender la Medicina, adquiría el *status* de hijo adoptivo y su maestro el de padre adoptivo.

No puede decirse con Nittis (Nittis Savas, *The authorships and probable date of the hippocratic oath: linguistic and philological considerations of the "xyngraphé" with a short history of greek fraternal societies in Bull Hist. Med.* 8, 1940, 1013-1021) que todos los gremios griegos establecieran relaciones cuasi familiares, ni tampoco con Edelstein (Edelstein Ludwig, *The hippocratic oath: text, translation and interpretation*, en *Supplements to the Bulletin of History of Medicine* N°1, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1943) que sólo se diesen en las comunidades pitagóricas:

Se trata de un tipo de vinculación frecuente entre comunidades religiosas y que en Grecia se extendió no a todas las profesiones, pero sí al pequeño grupo que imitan el rol sacerdotal y religioso, como la filosofía y la Medicina.

Este rol lo asumen los pitagóricos, los miembros de otras religiones místicas y, también, algunos filósofos presocráticos y socráticos, y los médicos. 67

Por eso, los médicos del Juramento están muy próximos a los sacerdotes y filósofos; por eso se puede afirmar que el Juramento es un típico documento sacerdotal.

En estas profesiones, la relación entre maestro y discípulo tiene un carácter sagrado:

El maestro actúa según las notas del médico antes caracterizadas: como padre, madre y sacerdote; es, a la vez, tutor, nodriza y líder carismático.

La cláusula final de texto del compromiso dice: enseñaré estas cosas a quienes hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero "a nadie más". Es un secreto "profesional", pero entendido como secreto "familiar", relacionado con el "religioso" o "sacerdotal".

El término *xyngraphé* viene del griego compuesto de otros dos términos, el prefijo *syn* que significa con, y el sustantivo *graphé* que significa o documento escrito o texto de una ley. *Syngraphé* significa promesa solemne, y que se ha traducido como "com-promiso". Esa promesa tiene un sentido más religioso que jurídico.

El compromiso del médico hipocrático formula y define la 'responsabilidad profesional', entendida en sentido moral y religioso, no directamente jurídico.

Las profesiones griegas, los sacerdotes, los monarcas y los médicos establecen un tipo de relaciones con sus súbditos caracterizadas por estar llenas de graves responsabilidades morales y una nula imputabilidad jurídica.

La primera parte del Juramento deja claro lo siguiente: la Medicina no es un simple "oficio", sino una "profesión": cuya actividad no sólo tiende al "bien hacer", sino a la "perfección", de ahí el carácter marcadamente "sacerdotal" de su rol sociológico, y el contenido ético y religioso de su fórmula de compromiso.

5.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

4. CLAÚSULAS FINALES

Cláusulas finales: La visita domiciliaria y el secreto profesional.

Tanto la visita como el secreto son cláusulas simétricas a la dietética y farmacológica.

68. La visita debe hacerse para el bien del enfermo: debe evitarse todo daño.

El médico debe ser virtuoso ya que accede a la intimidad del hogar, a la privacidad.

El secreto profesional dice que el médico debe callar cuanto se le confía en relación terapéutica:

1) Afecta a lo conocido de esa relación, sino "incluso fuera" de ella:

Se refiere a la vida privada, al ámbito de la sexualidad, antes mencionado.

Este ámbito tenía en Grecia un carácter sagrado. Ello explica por qué ese secreto tiene un carácter sacerdotal.

2) El ámbito del secreto no lo establece el enfermo, sino el médico. Evidente paternalismo: ya se había dicho que el médico debe actuar "según sus capacidades y criterios".

En el Juramento, el enfermo no es sólo un incapacitado físico, sino también moral.

También queda claro que en el Juramento hipocrático el contenido es típicamente religioso y sacerdotal. Ya no es un sacerdote como en religiones orientales: "Ha sabido abandonar la vieja religiosidad popular y instica en favor de otra ilustrada y fisiológica".

La relación terapéutica del médico hipocrático

Examinemos la segunda parte del texto, la dedicada a la terapéutica (*therapeia*):

Esta parte está en perfecto orden: trata primero la dieta o régimen de vida (vers. 1); después la farmacología (vers. 2) y, finalmente, la cirugía (vers. 3).

Otra característica interesante es que mientras en los dos primeros casos, tras las cláusulas de carácter terapéutico, viene otras dos resueltamente morales, mientras que en la tercera sólo es negativa y carece de cláusula moral.

Versículo 1: Haré uso del régimen de vida para ayudar del enfermo, según mi capacidad y recto entender.

Del daño y de la injusticia le preservaré.

La 1ª se relaciona con la consigna de ayudar o hacer el bien, presente en Epidemias I 5: "Favorecer o no perjudicar".

El texto está dedicado a la dieta o régimen de vida, cuya función es ordenar la vida del paciente de tal modo que se evite el mal, enfermedad y se promueva el bien, la salud. Para los griegos, sin salud física no la hay bien moral.

La dieta consigue un ajustamiento físico que es también moral. Por tanto, esta cláusula regula la vida entera del ser humano, tanto física como moralmente. El objetivo de esta regulación es el ajustamiento perfecto del ser humano al orden natural, es decir la justicia.

Estructura del compromiso terapéutico:

1

El orden justo: el régimen de vida

2

El orden-santo: la farmacología

3

Cláusula negativa: prohibición de la cirugía

1'

El orden justo: la visita domiciliaria

2'

El orden santo: la guarda del secreto

Pero además hay otras enfermedades que se presentan de forma aguda y grave. Estas enfermedades no pueden tratarse mediante la dieta (*diáita*), sino que requieren de un remedio más fuerte, el fármaco (*phármakon*).

Versículo 2: No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

Los fármacos sirven para curar enfermedades graves, pero también tienen el poder para matar; de ahí la cláusula de no usarlos para quitar la vida a una persona adulta o a un feto.

El que actúa así, lo hace de forma pura y santa ("en pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte"). ¿Cómo se relacionan estas dos con la justicia de la 1ª cláusula?

Mientras que la dieta se relaciona con la justicia, *pharmakon* se relaciona con lo santo. Santo: su sentido es fisiológico, no mítico.

La palabra fármaco tiene su sentido de productos naturales para alivio de enfermedades, pero mantiene su sentido religioso de purga o purificación. El fármaco purifica al enfermo y exige la pureza del médico. Esta pureza es física y moral, pero también religiosa.

El rechazo de la cirugía: se limita a prohibir su ejercicio.

Versículo 3: No haré uso de bisturí ni aun con los que sufren del mal de piedra. Dejaré esa práctica a los que la realizan.

Tiene un carácter estrictamente negativo. Algunos consideran que es una interpolación de un texto primitivo. Ciertamente, rompe el ritmo intelectual del juramento.

3.1 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO:

5. CONCLUSIONES

Es un documento sacerdotal que rebasa lo políneo, aunque no se restringe a lo pitagórico (Recuérdese la polémica Deichgräber-Edelstein).

Presenta al médico como miembro de una profesión, como ha sido concebida tradicionalmente, al contrario de la cirugía, que ha sido un oficio manual.

El Juramento presenta los caracteres del rol sacerdotal o profesional, que no sólo es paradigma de la ética médica, sino de la ética profesional en cuanto tal.

El Juramento está dominado por el principio de beneficencia, interpretado de forma paternalista.

¿Fueron así los médicos hipocráticos? "Indudablemente no fueron así".

En Grecia, la Medicina se articuló entre dos extremos: el médico-sacerdote del Juramento y la Medicina oficio, presente en muchos escritos.

El rechazo de la cirugía muestra cómo es el nivel de la Medicina-profesión: Quiere estar más allá de las responsabilidades jurídicas que pueden pedirse al cirujano y, por eso, se protege mediante responsabilidades éticas.

Veremos más tarde cómo en la Edad Media, los cirujanos quieren asimilarse a los médicos y protegerse de la responsabilidad jurídica asumiendo el rol sacerdotal y paternalista.

4. CONSOLIDACIÓN DEL PATERNALISMO EL MEDICUS GRATIOSUS

El "paternalismo médico" es un proceso de dominación (dominación se entiende como la presencia actual de alguien mandando eficazmente a otro), pero no basada en la fuerza, sino en el señorío. Esta mezcla de dominación y señorío, de necesidad y liberalidad, es lo que define, de modo más ajustado el "paternalismo médico". La dominación violenta se expresa siempre de forma jurídica; la dominación señorial, toma la forma o talante moral.

El rol sacerdotal del médico implica dominación porque dentro de sus notas características además de la elección, segregación, está la autoridad. La autoridad de quien domina le corresponde la obediencia del dominado. Esto significa que la dominación es de carácter moral y que el mandato del dominador influye sobre los actos del dominado como si este fuera la máxima de su obrar. Entre el mandato y la obediencia hay una relación que no es primariamente jurídica o coercitiva sino persuasiva o ética. (Esta relación la ha desarrollado pensadores como Hegel en la *dinámica amo y esclavo*, y también pedagogos como P. Freire en la *Pedagogía del oprimido*).

4.2 EL DOMINIO DEL PACIENTE

Frente al *ethos* del médico está el del paciente: cuando las enfermedades son crónicas, el enfermo no sólo tiene alteradas sus cualidades biológicas, sino también sus hábitos, sus costumbres. Por ello, el médico tiene que regular la vida moral del enfermo, ser su moralista.

Los hábitos y costumbres del enfermo no son sólo patológicos, sino también inmorales.

Esto exige dos actitudes en el enfermo:

1. La única salvación del enfermo es obedecer. "Por eso al enfermo obediente y sumiso se le ha calificado siempre de 'buen enfermo'".

4.1 LA DOMINACIÓN MÉDICA

El paternalismo médico griego tiene los caracteres de la dominación carismática.

En su origen hay un *kharisma*, una gracia: el médico tiene el poder de gratificar al enfermo, y éste el "deber" de dejarse gratificar. Se trata de una dominación gratificante o carismática.

La ética hipocrática no es sólo carisma, sino objetivación del carisma, es la disciplina médica que posibilita el surgimiento de una tradición y con ella el comienzo de una dominación de legitimidad tradicional.

El principio básico de la disciplina médica es que el enfermo carece de autonomía y, por tanto, es incapaz de decisión moral: "la única obligación del enfermo es la de obedecer. Al poder de mando del médico corresponde el deber de obediencia del enfermo".

JURAMENTO DE MAIMÓNIDES Siglo XII

Dios Todopoderoso Tú has creado el cuerpo humano con infinita sabiduría. Diez mil vixes, diez mil órganos. Tú has combinado en él, los cuales actúan sin cesar y armoniosamente para preservar el todo en su belleza, el cuerpo que es la envoltura del alma inmortal. Siempre trabajan en perfecto orden, acuerdo y consentimiento. Sin embargo, cuando la fragilidad de la materia o el desenfrenamiento de las pasiones trastorna este orden o interrumpe este acuerdo, entonces las fuerzas chocan y el cuerpo se desintegra en el pristino polvo del cual se hizo.

Tú has bendecido Tu tierra, Tus montañas y Tus ríos con sustancias curativas; éstas permiten a Tus criaturas aliviar sus sufrimientos y curar sus enfermedades. Tú has dotado al hombre con su sabiduría, para aliviar el sufrimiento de su hermano, a reconocer sus desórdenes, a extraer las sustancias curativas, a descubrir sus fuerzas y prepararlas y aplicarlas como mejor sea posible en cada enfermedad. En Tu Eterna Providencia, Tú me has elegido para velar sobre la vida y la salud de Tus criaturas. Estoy ahora listo a dedicarme a los deberes de mi profesión. Apóyame, Dios Todopoderoso, en estas grandes labores para el beneficio de la humanidad, pues sin Tu ayuda ni la más mínima cosa tendrá éxito.

Inspírame con amor por mi arte y por Tus criaturas. No permita que la sed de ganancia o que la ambición de gloria y admiración hayan de interferir en la práctica de mi profesión, pues éstas son los enemigos de la verdad y del amor a la humanidad, y pueden descarriar en el noble deber de atender el bienestar de Tus criaturas. Sostén la fuerza de mi cuerpo y de mi espíritu a fin de que me esté siempre dispuesto con ánimo a ayudar y sostener al rico y al pobre, al bueno y al malo, al enemigo como al amigo. Haz que en el que sufre, yo no vea más que al hombre. Ilumina mi mente para que reconozca lo que se presenta y para que sepa discernir lo que está ausente o escondido. Que no deje de ver lo que es visible, pero no permitas que me arrogue el poder de ver lo que no puede ser visto; pues delicados e infinitos son los límites del gran arte de preservar las vidas y la salud de Tus criaturas. No permitas que me distraiga. Que ningún pensamiento extraño desvíe mi

2. Una función básica de la Medicina es cambiar la condición moral del enfermo, modificar sus costumbres.

Aquí se inscribe el regimen sanitatis, que lleva a Galeno a las *sex res non naturales* (seis cosas no naturales): *aer* (el medio ambiente), *cibus et potus* (la dieta), *motus et quies* (el ejercicio), *somnus et vigilia* (el reposo), *excreta et secreta* (las evacuaciones), *affectus animi* (afectos y pasiones):

Todo ello en el contexto de *in medio virtus* (justo medio). Y es el médico el que debe establecer ese término medio, ya que el enfermo no es sólo un inválido físico, sino también un desvalido moral. "El buen médico es un férreo director espiritual del enfermo, que no sólo le aconseja, sino que decide en su nombre".

"El médico hipocrático y galénico tiene conciencia de moralista. Sabe que puede y debe imponer pautas de comportamiento a sus enfermos, y exige obediencia de estos".

Lo refleja paradigmáticamente el escrito hipocrático de los *Aforismos*:

Vida breve y arte largo:
Ocasión acelerada:
Experimento arriesgado.
Juicio difícil. No basta
Que cumpla con sus deberes
El profesor de más fama;
Es necesario concurren
Otras cosas de importancia.
A saber: en el enfermo
Obediencia y tolerancia:
En los asistentes celo,
Caridad y vigilancia:
Buen alimento, remedios
De propiedad, buena cama,
Ropa limpia, olores gratos,
Habitación ventilada,
Tranquilidad del espíritu.
Y a demás que a vencer valgan
La enfermedad, o cooperan
A extinguirla, o a moderarla.

76

Carlos García Gual (Edit) *Tratados Hipocráticos. "Aforismos". Vol. 1, Madrid, Gredos, 1983.*

Galeno comenta así el libro hipocrático de las *Epidemias*:

Los enfermos "obedecen mejor a aquello que les parece grato. Por este medio la madre y el padre convencen al hijo para que tome el alimento que no desca... Pues aquello que los hombres ven desagradable, no lo obedecen, aun en el caso de que estén de acuerdo sobre su utilidad".

atención de la cabecera del enfermo o alteren mi mente sus silenciosas labores, pues grandes y sagradas son las reflexiones requeridas para preservar las vidas de Tus criaturas.

¡Dios Todopoderoso! Tú me has elegido en Tu misericordia para velar sobre la vida y la muerte de Tus criaturas. Ahora estoy listo para practicar mi profesión. Ayúdame en este gran deber para que así se beneficie la humanidad, pues sin Tu ayuda ni lo más mínimo tendrá éxito".

Hay un hecho que hay que destacar el la baja Edad Media, se refiere al oficio del cirujano. Recordemos que desde el Juramento Hipocrático la cirugía había sido considerada como un "arte manual" o "arte mecánico", impropia de los médicos versados en las "artes liberales". La Edad Media se caracterizó por un espléndido renacimiento quirúrgico, y un intento por dignificar y ennoblecer la cirugía, hasta colocarla en la misma posición que la Medicina.

..Es preciso que el cirujano se acuerde de sus buenas enseñanzas, que tenga un espíritu pronto, una inteligencia sana, una buena vista, etc. De lo dicho se puede concluir también que el cirujano debe ser naturalmente ingenioso... Que reconforte al paciente con buenas palabras; que acceda y obedezca sus justas demandas; si no entorpecen el tratamiento de la enfermedad. De todo lo dicho resulta necesario concluir que el perfecto cirujano es más que el perfecto médico, ya que se le pide más, a saber la operación manual... (*Henei de Mondeville, Chirurgie de Maître Henri de Mondeville, Traducción al Francés por E. Nicaise, París, Félix Alcan, 1893, pp. 90-91.*)

Así propone en el mismo libro consejos sobre visitas, conversación, porte del médico, el vestido del médico, su pelo, las uñas, los olores, etc. Llega a afirmar que el enfermo debe admirar al médico como a un dios. Reaparece el rol sacerdotal y carismático.

El paradigma del *medicus gratus* aleja al médico de los simples oficios:

Los oficios nunca han sido paternalistas, a diferencia de las profesiones, como la Medicina y el Sacerdocio. Deben tener, así como el rey, un comportamiento intachable. La educación de los médicos será en paralelo con la de sacerdotes y príncipes.

4.2 LA DISCIPLINA MEDIEVAL

El texto galénico ha sido santo y seña del paternalismo, del médico padre, madre y sacerdote. El médico se considera a sí mismo como un ser elegido, privilegiado, autoritario e impune, es decir, como un gran padre o un pequeño rey, con gran impunidad jurídica pero con una estricta ética.

El cristianismo modula, pero no altera la ética hipocrática:

"Más aún fue el cristianismo el que otorgó universalidad a la ética hipocrática, dotándola de vigencia a lo largo de muchos siglos"

Al surgir en la Edad Media los médicos laicos, tenían una conciencia clara de su rol sacerdotal. Tres son los roles sacerdotales: el espiritual del Papa, el temporal del Emperador y el corporal de los médicos.

Lo asumen Rhazes entre los árabes; Maimónides entre los judíos y Arnau de Vilanova entre los cristianos.

5. EL MEDICUS POLITICUS

EL PATERNALISMO BUROCRÁTICO

El sociólogo Max Weber señala muy bien en su libro *Economía y sociedad* que en el mundo occidental se ha dado una evolución imparable desde la dominación moral o carismática a la legal o burocrática:

Se ha dado una progresiva sustitución de la autoridad moral por la legal, a partir del XVI. Así surge el Estado moderno, en que la dominación burocrática se basa en dos principios: primero, la legitimidad de las leyes establecidas y, en segundo lugar, el derecho de mando de los que, según las leyes, ejercen la autoridad.

La obediencia se despersonaliza: no se obedece a las personas, sino a las leyes. Dos prerrogativas de la dominación burocrática: dictar leyes y hacerlas cumplir coactivamente.

Weber distingue entre instituciones negativamente privilegiadas y positivamente privilegiadas:

5.3 CÓDIGO DE THOMAS PERCIVAL

1800 D. C.

En beneficio de aquellos que sufren en su cuerpo, mente o situación, pidiéndoles a todos los médicos la unanimidad de ofrecer, además del servicio profesional dedicado, nuestras suplicas a Dios para que tenga a bien concederles el necesario consuelo que les alivie en sus distintas necesidades; infundiéndoles paciencia en su sufrimiento y la obtención de un feliz beneficio en su aflicción.

"A ti, hijo mío, que posees en alto grado toda mi estima y cariño y que siguiendo mis pasos me emulas en mis estudios profesionales, van espontánea-mente dedicados mis consejos; estando persuadido de que estas consideraciones incidirán poderosa y permanentemente sobre tu sinceramente

Es condición de todo hombre sabio actuar sobre la base de determinados principios; y el distintivo de un hombre bueno, asegurarse que se ajustan a la rectitud.

El entorno de las relaciones médico-enfermo, así como con sus colegas y con el público, es complejo y polimorfo, implicando un profundo conocimiento de la naturaleza humana y las ineludibles obligaciones morales que conlleva.

Por consiguiente, el estudio de la ética profesional médica no puede quedar corto en su objetivo de vigorizar y ampliar tus conocimientos científicos; mientras que la estricta observancia de los deberes que entraña atemperarán tus impulsos y ensancharán tus afectos.

Las ventajas académicas que has gozado en tus estudios de bachillerato y que seguirás gozando dentro de poco en la Facultad de Medicina, te calificará, estoy seguro, para el desarrollo de una amplia y respetable esfera de actitud médica.

Así suplico devotamente que las bendiciones de Dios puedan asistir todos tus objetivos y acciones subordinándolos a tu propia felicidad y al bien de tu prójimo y enfermos.

Las instituciones negativamente privilegiadas incrementan su poder mediante tácticas de "apertura" (produciendo más, teniendo más afiliados).

Las positivamente privilegiadas no necesitan aumentar su tamaño, sino disminuirlo, impidiendo la entrada a los no privilegiados. Aumentan su poder mediante tácticas de "cierre" o monopolistas: ejemplo de estas instituciones: el Estado, las iglesias y la Medicina.

La Medicina ha tendido siempre al monopolio legal (es la propia Medicina la que define lo que es la Medicina) y de ejercicio (define la Medicina "ortodoxa" y rechaza otras alternativas).

Así la Medicina imita el modelo del Estado y se constituye en modelo de dominación legal o burocrática.

Max Weber; *Economía y Sociedad. Un esbozo de la sociología comprensiva*, México, F.C.E., 1979, pp.278.

5.1 LA MEDICINA COMO PROFESIÓN

Max Weber considera que las profesiones se identifican con los monopolios, con la dominación positivamente privilegiada, mientras que los oficios son propios de grupos negativamente privilegiados.

Además, las profesiones admiten en su seno a los que 1) se han preparado con un "noviciado"; 2) han mostrado su aptitud y calificación y; 3) han tenido una época de carencia de beneficios y de servicio.

Por profesión se entiende un círculo de gentes privilegiadas que monopoliza la disposición sobre los bienes deales, sociales y económicos, sobre obligaciones y posiciones en la vida.

La Medicina adquiere este *status* a fines de Edad Media o comienzos de mundo moderno y es uno de los primeros grupos que logra una auténtica "profesionalización": son hitos de este desarrollo la creación de escuelas de Medicina y la necesidad de examen antes de comenzar a ejercer la profesión.

Se constituye así un grupo privilegiado de carácter monopolista, que ejerce estricto control del mercado evitando así la competencia de otros grupos.

5.2 EL ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS

El Royal College of Physicians de Londres creado por Enrique VIII para decidir quiénes pueden o no practicar la Medicina.

En la Edad Media habían surgido los licenciados en Medicina, pero eran frecuentemente teóricos, acompañados de un ejercicio práctico muy

Consciente de que comienzo a experimentar el peso de la vejez, considero la publicación de este código deontológico como el colofón de las actividades de mi vida profesional.

Por consiguiente, puedo sin imper-tinencia ejercer el privilegio de consagrar estos preceptos de ética médica como un testamento paterno.

Y siento la más inmensa satisfacción en estos momentos en que testimonio los sentimientos del mayor cariño y ternura con los cuales, mientras la vida me subsista, continuaré siendo no sólo tu padre, sino tu más íntimo amigo.

restringido. Se distinguía entre el licenciado universitario y el médico práctico.

Con frecuencia el licenciado no vivía del ejercicio, sino de la enseñanza; la Medicina era una profesión académica inseparable de la Universidad y no un grupo social independiente.

Royal College of Physicians no era un gremio. Hay que recordar que en aquella época los gremios eran de dos tipos: de los mercaderes y de los productores, es decir, de artesanos y otros tipos de trabajadores manuales. Los médicos jamás intentaron constituirse en gremios; no se consideraron como mercaderes o trabajadores manuales, ya que tenían educación universitaria.

Esta situación peculiar se resuelve con la creación de Royal College of Physicians, cuerpo único y prestigioso, de carácter monopolístico.

Con esta creación se pretende dar a la profesión médica un carácter cada vez más burocratizado: la Medicina se convierte en un cuerpo bien definido y positivamente privilegiado.

En los *Precepta moralia* del Royal College of Physicians sigue vigente el paternalismo, ahora burocratizado y corporativo, más que carismático y personal. El paternalismo ha sido el gran aliado de las ideologías monopolistas.

Esto provoca conflictos en la época liberal y antimonopolista. La Cámara de los Lores rechaza en 1703 las pretensiones monopolistas de Royal College of Physicians.

Adam Smith considera injustificable ese monopolio; cualquiera puede ejercer la medicina:

"Cada paciente tiene derecho a elegir su médico, basándose en su reputación y no en su licencia y cualquiera puede ejercer la Medicina".

Los médicos contraatacan: la Medicina no puede considerarse un comercio, ya que el médico se parece más al padre y al sacerdote que al obrero o al comerciante. La realización de la misión del médico, el servicio del enfermo y la autoridad profesional exigen ciertos privilegios, como el monopolio, que viene acompañado de pesadas cargas. Las leyes del libre mercado no pueden aplicarse al Estado, la Iglesia, el Ejército o la Medicina.

Los médicos cierran filas en torno al monopolismo y su aliado natural, el paternalismo. Los enfermos no pueden opinar sobre la capacidad del médico y deben confiar en el criterio profesional. Debe ser la propia profesión la que se autocontrole, mediante la "ética médica", que se construye bajo la imagen tradicional del *medicus gratus*. Se ha pasado del *optimus medicus*, médico perfecto, al *medicus politicus*, prudente, educado, gentil, el *gentleman*.

5.4 LA HERENCIA DE PERCIVAL

Esa mentalidad pasa íntegra al código ético en 1847 de la American Medical Association, y a la mayoría de los códigos de Deontología Médica:

Art. 1: "El médico no sólo debe hallarse dispuesto a atender las demandas de sus pacientes, sino que su mente debe además hallarse imbuida de la grandeza de su misión... Debe procurar... unir la ternura con la firmeza, y la condescendencia con la autoridad" (Mentalidad paternal y maternal al mismo tiempo).

Art. 4: "El médico... no debe descuidar... notificar a los amigos del paciente de las situaciones de peligro... y aun al propio enfermo, cuando esto es absolutamente necesario" (Es copia del de Percival antes citado, pero añade: "La vida de una persona enferma puede resultar acortada no sólo por los actos, sino también por las palabras y las actitudes del médico... evitando todas aquellas

cosas que puedan desanimar al paciente y deprimir su espíritu").

Es el paternalismo institucional, burocrático: es paternalismo porque debe evitarse la información infausta y son otros los que deben informar. Y es institucional, porque la ética ya no es meramente individual, sino colectiva, y es la Asociación, AMA, la que tiene que velar por ella.

El monopolismo es atacado por las medicinas no-ortodoxas sobre todo, los homeópatas, que piden un código más liberal. Ello lleva a una reforma en el código de 1903, pero se mantienen los dos artículos citados con su carga de paternalismo. Posteriormente se crean diferentes propuestas:

El código de 1912 acentúa el paternalismo: sólo hay obligación de comunicar la verdad a los allegados, y se restringe la información al enfermo al momento final en que deba expresar su última voluntad.

Código de 1917: empieza el cambio. Se afirma que la función del médico es la beneficencia, el "beneficio del enfermo". Pero se añade la cláusula que, según Childress (*James Childress, Who Should Decide? Paternalism in Health Care*, Nueva York-Oxford, 1982), lleva al paternalismo:

"El principal objetivo de la profesión médica es rendir servicio a la humanidad con total respeto por la dignidad del hombre. El médico debería merecer la confianza de los pacientes".

El servicio a la humanidad es beneficentista, pero el respeto a la dignidad del hombre puede ser paternalista, ya que es el médico, no el paciente, el que define esa dignidad.

Esa sospecha se confirma en el tema del secreto médico, ya que en él se incluye "proteger el bienestar del individuo".

Hay un cambio en el código de 1980: ya no es el médico el juez del bienestar

5.4 CONCLUSIÓN:

EL PRINCIPIO DE BENEFICENCIA

El término paternalismo comienza a usarse hacia 1880.

Es posible un cambio desde que las relaciones humanas salen, como dice Kant, de su "minoría de edad".

La historia del paternalismo corre paralelamente con la evolución de las estructuras sociopolíticas: desde el paternalismo a la justicia social. Su máxima expresión: despotismo ilustrado, "todo para el pueblo sin el pueblo".

Dworkin define el paternalismo: "interferencia con la libertad de acción de una persona, justificada por razones referidas exclusivamente al bienestar, el bien, a la felicidad, a las necesidades, a los intereses o los valores de la persona a la que se fuerza".

Childress critica esa definición porque no siempre hay fuerza en el paternalismo: "Es el rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de otra persona, por el propio beneficio de esa persona". Es mezcla de beneficencia y poder.

Para Weber el influjo de los dominantes hace "como si los dominados hubieran adoptado por sí mismos y como máxima de su obra los contenidos del mandato".

"La dominación es la característica formal definitoria de las verdaderas 'profesiones', a diferencia de las meras 'ocupaciones' u 'oficios'".

Cuatro son las notas que definen el rol profesional o paternalista:

1. Universalismo: que sean aceptadas por todos;
2. Especificidad funcional: sólo se le reconoce autoridad en su campo;
3. Neutralidad afectiva: debe evitar o controlar los sentimientos de amor y de odio, para que no interfieran en la dinámica de la relación profesional;
4. Orientación hacia la colectividad: se espera que actúe por altruismo, no por dinero, a diferencia de los oficios.

La última característica confiere a las profesiones una "superioridad y autoridad moral". Paterson lo llamó *Aesculapian Authority*; una autoridad sapiencial, moral y carismática.

Surge la pregunta de si son posibles las profesiones sin paternalismo o si acabar con el paternalismo supone poner fin al rol profesional. Esta es la tarea a la que hoy se enfrenta la Medicina: reformular o redefinir su rol profesional.

Quizá sea esta una de las razones del auge de la Bioética.

del paciente, sino que es el derecho el que marca cuando se debe romper la confidencialidad.

Ya se afirma que "el médico debe respetar los derechos de los pacientes"; es la primera vez que aparece este criterio ético. "Solo en los años 80, pues, la ética médica americana ha hecho renuncia explícita del paternalismo".

Por fin, parece que se supera el paternalismo y se trata al enfermo como adulto y autónomo.

Al cabo de los siglos el enfermo parece haber recuperado su autonomía, la que no debió perder. El viejo principio hipocrático de beneficencia médica - favorecer o al menos no perjudicar - cobra un nuevo sentido. No desaparece, pero sí cobra nuevos rumbos, ya no al modo paternalista.

Es difícil salir del rol paternalista, pues lo encontramos en todos los niveles sociales: padre/hijo, marido/mujer... También médico/enfermo.

Al rol dominador del médico ha correspondido la imagen del "buen enfermo", infantil y pasivo.

Según Parson, se le exige que abandone sus ocupaciones habituales, que no se culpe por lo sucedido; que busque ayuda. Ninguna de estas notas tienen por qué poner al enfermo en situación de dominado.

Todo ello significa que el paternalismo admite grados: no es lo mismo considerar al enfermo como un recién nacido o como un enfermo.

A partir del siglo XVIII se le empieza a tratar como adolescente.

Lo expresan Szasz y Hollender al distinguir el paternalismo "infantil" del "juvenil". El segundo es más activo, manifiesta sus deseos y opciones, su aceptación o rechazo.

También se ha hablado de paternalismo "fuerte" y "débil": distinción basada en la capacidad o competencia de los individuos para tomar sus decisiones.

"Débil": "Se puede y debe actuar a fin de que una persona no se haga daño a sí misma, siempre que no sea (momentánea, temporal o permanentemente) competente o capaz, o no posea la información necesaria para tomar decisiones razonables".

No puede permitirse que alguien se haga daño a sí mismo por falta de información o consentimiento. Beauchamp considera que no debería llamarse débil, ya que se trata de una forma del principio de no-maleficencia, que obliga a proteger a las personas de daños causados al margen de su voluntad. Al contrario, el paternalismo "duro" afirma que no puede permitirse que alguien se haga daño, aunque posea competencia e información suficientes.

Sin embargo, los límites entre fuerte/débil no son tan nítidos, ya que tampoco lo son los conceptos de información/consentimiento. Hay razones para pensar que la competencia de un paciente no es total, cuando sin causas que lo justifique elige la opción de mayor riesgo.

La exclusión definitiva del paternalismo blando, nos lleva a esta redefinición de Childress: "Es el rechazo a aceptar o a consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente o de capacidad o competencia adecuada por el propio beneficio del paciente".

Sería paternalismo no respetar la opción competente de un testigo de Jehová. Lo es también que el Estado obligue al cinturón de seguridad. No es paternalismo sino beneficencia el internar a un esquizofrénico o hacer una transfusión al hijo menor de un testigo de Jehová.

CARTA CONTRA EL PATERNALISMO

Estimado Director:

Como persona que he tenido una larga vida, llena y rica de trabajo, de servicio y cumplimiento, cuyos días están limitados por un sarcoma peritoneal de alta malignidad y rápido crecimiento, cuyas horas, días y noches se encuentran sumidas en el tormento de dolores sin solución, molestias e insomnio, cuya mente está frecuentemente aturdida y desorientada por fármacos narcóticos y cuyo cuerpo está invadido por agujas y tubos que pueden afectar poco al pronóstico, suplico apoyo médico, legal, religioso y social para un programa de

eutanasia digna voluntaria. Prolongar la vida de un paciente así es cruel. Indica una falta de sensibilidad ante las necesidades de un paciente moribundo e implica negarse a centrarse en el tema con que no pueden enfrentarse los sanos. La tarea del médico es asistir desde el primer aliento de vida hasta el último; éste no es menos importante que aquél.

El consentimiento por parte del paciente, con un claro entendimiento de este hecho, por sus familiares cercanos, por su médico de cabecera, su abogado, su pastor o su amigo, no debería violar ninguna norma de conducta social. No hay motivos para dejar en manos de la ciega naturaleza la evolución errática y dolorosa de los momentos finales de la vida. El hombre elige cómo vivir; dejémosle elegir cómo morir. Dejemos al hombre elegir cuándo partir y hacia donde, en qué circunstancias deben sojuzgarse los ásperos vientos que soplan en el final de la vida.

*Fredrick Steiner, M. D.
Highland Park, IL*

[New England Journal of Medicine]

Beneficencia no paternalista: "Intenta hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o acepten".

Si este consentimiento es imposible (falta de información en urgencias) o por defecto de capacidad (niños, comatosos y algunas enfermedades mentales), el imperativo de beneficencia lleva a buscar siempre el mayor bien del paciente.

Hay que distinguir entre principio de no-maleficencia y el de beneficencia:

El primero obliga a todos de forma primaria y no tiene nada que ver con el consentimiento informado. "Nunca es lícito hacer el mal, pero a veces no es lícito hacer el bien". Pueden resumirse en un solo principio: "no hacer mal a nadie y promover el bien".

"Así entendido el principio de beneficencia, no hay duda de que ha sido y seguirá siendo santo y seña de la Medicina".

Los dos se encuentran en la tradición hipocrática: "*Primum non nocere*" / "En beneficio del enfermo" (Juramento de Hipócrates).

El primero no tiene nada que ver con el paternalismo, el segundo sí. Están expresados en libro de Epítemias: "Favorecer, o a menos no perjudicar". Se le ha dado una interpretación paternalista, pero no tiene por qué ser.

Puede seguir siendo santo y seña de la Medicina, si integra el consentimiento informado del paciente.

Frente a los intentos de fundar en la ética médica en el principio de autonomía, Pellegrino y Thomasma reivindican el de beneficencia.

El enfermo ha de actuar conforme al principio de autonomía; el Estado en torno al de justicia, y el médico "ha de seguir aportando a esa relación el principio de beneficencia".

La ética médica actual no se diferencia de la clásica en que esté basada en el principio de autonomía y no en el de beneficencia, sino en que el médico no debe ejercer la beneficencia sin el consentimiento del enfermo. Debe mantener el principio de beneficencia, pero articulándolo con la autonomía y la justicia.

TEMA 10

Los derechos de los
pacientes: del paternalismo
a la autonomía

Contenido:

1. Huelga de hambre: los límites de la autonomía

2. El pensamiento liberal en Medicina

3. La libertad de ejercicio

4. El nacimiento y desarrollo de los derechos de los enfermos

5. La libertad de información y de decisión

78 5.1 La negligencia como lesión del derecho a la salud

5.2 La agresión física o intervención en el cuerpo de otro sin su permiso

5.3 El consentimiento se hace informado

5.4 Teoría de consentimiento informado

Los médicos han tenido siempre una clara sensibilidad cuando se trata del principio moral de la beneficencia, ya que su actividad misma está íntimamente ligada al desarrollo histórico de este principio. Lo que no ocurre con el principio moral de la autonomía, puesto que este principio es ajeno a la Medicina y se ha desarrollado paralelo a la tradición jurídica.

El desarrollo de la autonomía del individuo es una conquista indiscutible de la modernidad. Tuvo que cambiarse la idea griega de que el hombre no es un ser natural sino moral. El orden moral no es el orden de la naturaleza sino el orden humano. El *ordō*, no es un *ordō factus* o natural, sino un *ordō faciendus* moral; el orden lo tiene que hacer el hombre. Sólo una moral auténticamente autónoma es en realidad humana, al contrario de las morales naturalistas que son consideradas heterónomas.

El mundo moderno surge cuando la persona y la comunidad se entiende como realidades morales y no físicas. El concepto de persona empezó a discutirse únicamente en el siglo V en las disputas teológicas. "Dios tiene una naturaleza, pero tres personas: padre, hijo y espíritu santo". Con Boecio nace una primera respuesta a la pregunta sobre la persona: sustancia individual de naturaleza racional.

Siglos después, Ricardo de San Victor proporciona una visión más moderna del concepto de persona. Para Ricardo persona es "*intellectualis naturae incommunicabilis existentia*". La novedad de esta definición está en el término *existentia*. Las cosas naturales "están", consisten en estar -*sistere*, tienen *sistentia*. Mientras hay realidades que se caracterizan por "estar fuera de" (ex) la naturaleza, sobre y frente a ella, es el caso de las personas. La persona es ex-céntrica frente a la naturaleza. Las personas no "son" naturaleza, sino por el contrario, "tienen" naturaleza. La naturaleza la tiene desde algo que es superior a ella, la persona.

Con Francisco Suárez, escolástico español del siglo XVI, el concepto de persona da un paso más. La persona humana goza de individualidad, lo mismo que la piedra o el árbol, es por ello un *unum per se physicum*, pero además es racional. Este orden, el de la inteligencia, abre al hombre a un nuevo nivel, el de las realidades morales. Estas realidades no son sólo operativas, no consisten exclusivamente en actos, sino que también tienen sus estructuras, como es el caso de la sociedad. La sociedad es una estructura, resultado de la libre asociación de personas, y por tanto tienen unidad o *perseidad* moral.

1. HUELGA DE HAMBRE:

LOS LÍMITES DE LA AUTONOMÍA

Antecedentes

Legendaria en Chile es una institución dependiente del Ministerio de Justicia, y está integrada por todas aquellas personas privadas de libertad. En Santiago de Chile posee varias unidades de reclusión, siendo una de ellas la Unidad de San Miguel, que alberga aproximadamente 1000 reos, en etapa procesal, es decir, a la espera de una condena definitiva.

El sistema de salud en la institución está organizada teniendo un hospital penitenciario, ubicado en el interior de la unidad Santiago sur, único hospital institucional. El resto de las unidades, cuentan con unidades de enfermería que se adecuan a las características del recinto: número de internos, ubicación y otros.

Específicamente en la unidad penal de San Miguel, la unidad de enfermería está estructurada de la siguiente manera:

Un médico tratante, que atiende tres días por semana, cuatro horas al día. Un enfermero universitario, a cargo de la enfermería, se encuentra de lunes a viernes, ocho horas por día. Tres practicantes parameéricos, que se rotan en turnos cada 24 horas, por 48 horas de descanso.

Todo el personal está constituido por hombres. La enfermería posee 8 camas, y cuenta con implementos básicos. No existe laboratorio clínico. Todos ellos dependen administrativamente del Jefe de la Unidad, en este caso un Comandante, y técnicamente de las Unidades de Atención médica, a cargo de un médico jefe y de una enfermera coordinadora nacional, que tienen sus oficinas en un lugar alejado de las unidades, y del hospital penal.

La sección femenina se componía en esa oportunidad de 19 mujeres, insertas en un penal de hombres, con las dificultades propias de la situación. Sus celdas son compartidas entre dos reclusas. También habitan cuatro niños, que viven con sus madres. Existen baños comunes para el total de las mujeres.

LA HISTORIA...

Paciente de sexo femenino de 33 años, procesada por ley antiterrorista. Ingresa al pe-

Tanta unidad per se tiene la sociedad como la piedra, si no más, ya que la perseidad moral es de algún modo superior a la física. En el hombre, existe una confluencia de las dos perseidades, la física y la moral, la individualidad llega a su máxima expresión, hasta tornarse en personalidad.

Para Suárez la perseidad física se tiene o no se tiene, pero no se alcanza; mientras que la perseidad moral no se tiene, se construye. El punto de partida es un simple conglomerado de hombres sin ningún orden ni unión, no forman ni siquiera una comunidad. Hay grupos humanos, como las familias, colonias, municipios, ciudades, pero ellos no constituyen por sí la comunidad. La perfecta comunidad es la república civil o política. Para alcanzar esta perfección, se necesita un vínculo de unión moral, lo que Suárez llama "pacto".

El pacto o contrato es el fundamento de la comunidad moral o unión política. Su contenido básico es el de ayudarse mutuamente. Este pacto ha de efectuarlo todos los miembros de la comunidad, de lo que se concluye que el origen de la comunidad o Estado está en el pueblo. En ese pacto los miembros de la comunidad entregan el poder al gobernante para que él consiga el "bien común".

Con lo anterior queda suficientemente claro el descubrimiento de la modernidad: el hombre es una realidad física o natural por antonomasia y la fuente del orden moral. Este descubrimiento hace que sea necesario revisar el concepto de naturaleza. Esta redefinición la hacen pensadores modernos como Thomas Hobbes, John Locke y Adam Smith; es sus discusiones sobre el llamado "estado de naturaleza".

Para Hobbes los hombres viven en un "estado de naturaleza" o "estado salvaje" en condición de guerra. Sólo cuando nace el Estado civil, único legítimo en el uso de la violencia, los hombres pasarán del estado de la violencia a la paz. La paz es un logro moral y político. En el Estado de naturaleza el hombre tiene el derecho (*jus naturale*) de usar su propio poder para la preservación de su propia naturaleza, es decir de su propia vida. Este derecho da lugar a una ley (*lex naturalis*), a una regla general que prohíbe al hombre hacer algo que sea destructivo para su vida.

John Locke asume la propuesta de Hobbes, en el estado de naturaleza el hombre tenía un primer derecho, el de defensa de su propia vida, que la razón convertía en ley, y por tanto en deber. Locke acepta que la primera ley natural es el "derecho a la vida", de este derecho se derivan otros: el derecho a la salud, es decir a la integridad física.

Todos los seres humanos tiene también derecho natural a conservar su propia libertad, ya que ella es la base de la propia autonomía.

Para Locke si todos los seres que viven en estado de naturaleza son básicamente iguales, entonces la ley natural exige respetar todos esos derechos en todos y cada uno de ellos. Esto hace pensar a Locke que el

nal de San Miguel en marzo de 1991, la cual no posee antecedentes médicos de importancia.

El día 2 de mayo de 1996 inicia junto a otras reclusas huelga de hambre en aparente buenas condiciones generales.

El 5 de mayo suspende la ingesta de líquidos con lo cual comienza un rápido deterioro de su estado general.

El 8 de junio su condición clínica se encontraba muy comprometida, con hipoglucemia, aumento en su hematocrito, aparición de cuerpos cetónicos en la orina, hipernatremia, y aumento de su creatinina plasmática. Por lo tanto, se decidió su envío al hospital penitenciario para su manejo clínico bajo la supervisión médica permanente, a lo cual accedió la paciente y el médico director del hospital penal, quien autorizó su ingreso.

Posteriormente acude al penal de San Miguel el médico jefe de las unidades de atención médica y la enfermera coordinadora nacional de gendarmería, quienes se opusieron rotundamente al traslado de la paciente aduciendo que debía evitarse cualquier tipo de publicidad y así poderle restar importancia a la huelga de hambre de las reclusas terroristas.

La decisión de la jefatura médica era de hidratar a la paciente en su celda a como diera lugar; incluso movilizándolo a la paciente con camisa de fuerza. La paciente se opuso a dicha situación, ya que lo consideraba indigno y riesgoso, además de no contar con la supervisión médica y de laboratorio mínima.

El resto de la sección femenina, tanto las que estaban en huelga como las que no, amenazaron con amotinarse si se forzaba la hidratación de la paciente en su celda.

La enfermera coordinadora nacional de gendarmería sugirió que se sacara engañada a la paciente de la sección femenina, prometiéndole que sería llevada al hospital penal, pero que en realidad sería llevada a la enfermería de la unidad y ahí sería hidratada a la fuerza, con los medios de inmovilidad que fuesen necesarios, a los cuales se opuso el equipo médico de esa unidad penal aduciendo la inconveniencia de dicha propuesta por la pérdida de la credibilidad futura que tendría el equipo de salud ante los pacientes del recinto.

estado de naturaleza no es un estado de guerra, si no que este estado surge cuando alguien trata de colocar a otro bajo su poder absoluto; lo cual puede suceder en el estado de naturaleza, pero también en el estado civil. El absolutismo político es peor que el propio estado de naturaleza, ya que coloca al hombre en estado de guerra. Así es como Locke formula la tabla de los derechos humanos civiles y políticos:

"...De la misma manera que cada uno de nosotros está obligado a su propia conservación y a no abandonar voluntariamente el puesto que ocupa, lo está asimismo, cuando no está en juego su propia conservación, a mirar por la de los otros seres humanos y a no quitarles la vida, a no dañar ésta, ni todo cuanto tiende a la conservación de la vida, de la libertad, de la salud, de los miembros o los bienes de otro, a menos que se trate de hacer justicia en el culpable..."

El derecho a la vida, salud o integridad física, a la libertad y a la propiedad se denominan "derechos humanos individuales", porque su realización depende única y exclusivamente de la iniciativa de los individuos, como sucede con los actos de hablar, pensar, rezar etc. porque obligan a todos aún antes de que haya ninguna ley positiva que los explique.

Estos derechos humanos civiles y políticos son la base de cualquier contrato social, y por tanto son los que deben estar presentes en las Constituciones liberales o democráticas, razón por la cual están en el origen del derecho constitucional moderno. Fueron la inspiración de varias Declaraciones: Filadelfia en 1774, Declaración de los Derechos del Buen Pueblo de Virginia en 1776, en la Declaración de Independencia de los Estados Unidos en 4 de julio de 1776, y sobre todo el 26 de agosto de 1789 en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano aprobada por la Asamblea Nacional Francesa.

Éste fue un pequeño recorrido del modo como se conquistó el pensamiento liberal y la moral de la autonomía. Pero, este pensamiento también llegó a la Medicina con la elaboración de los primeros códigos de derechos de los pacientes.

2. EL PENSAMIENTO LIBERAL EN MEDICINA

El paternalismo surgió de un movimiento de adentro hacia afuera; desde la familia a otras actividades humanas, como lo religioso, la política y lo médico. El modelo liberal ha sido al revés, de afuera hacia adentro, su origen estuvo determinado por la necesidad de controlar el poder del Estado, y someterlo a unas normas jurídicas y éticas.

La familia ha sufrido grandes transformaciones, si aquella familia se regía por el modelo "paternalista", ésta lo hace conforme al modelo de "privacidad"; aquél se rige por el principio de "beneficencia", éste por el de "autonomía". En el primero el poder se concentra en el poder del padre, de modo que la función de los demás miembros es cumplir con sus

El comandante a cargo de la unidad y su equipo médico, intentaron en forma infructuosa hacer cambiar de parecer a la jefatura médica de la gendarmería, dado lo inconveniente de su decisión y el riesgo de un motín, con una mayor publicidad que el simple traslado de la paciente al hospital penal. Manteniendo su decisión, el médico jefe llamó telefónicamente al director nacional de gendarmería, autoridad máxima de la institución, informándole que el comandante a cargo de la unidad se negaba a llevar a cabo su decisión. El director ordenó al comandante que se procediera de acuerdo a lo que indicaba el médico jefe de la gendarmería.

El jefe médico se retiró dejando el problema operativo a la unidad. El médico a cargo de la enfermería de la unidad se comunicó con el jefe de seguridad de la gendarmería de Chile, el cual con un criterio más amplio, entendió las consecuencias que potencialmente generaría el problema planteado e intercedió ante el director nacional. Finalmente, la paciente pudo ser trasladada al hospital penal, hidratada voluntariamente, compensada clínicamente y devuelta en buenas condiciones a su unidad de origen.

mandatos; en el otro, cada miembro de la comunidad es sujeto de derechos inalienables, y por tanto, es agente, autor y actor de su propia vida. El paradigma del súbdito es en el modelo paternalista el del niño dependiente; en el modelo liberal, es el adulto autónomo y competente.

La Medicina ha tendido a configurarse en esquemas paternalistas y los brotes de la "Medicina liberal" han sido muy tardíos:

"En medicina la revolución liberal o democrática se ha producido con gran retraso respecto de otros espacios sociales, y probablemente sólo ha llegado a su término en los últimos años. Es curioso comprobar cómo en el mundo de la salud la revolución social ha precedido en muchos casos a la revolución liberal". "El liberalismo ha sido siempre la gran 'asignatura pendiente' de la Medicina occidental".

3. LA LIBERTAD DE EJERCICIO

Lo ejemplifica el debate entre Adam Smith y el médico W. Cullen. A. Smith demostró la necesidad de que el mercado de la salud se rigiera por las leyes de la oferta y la demanda, para evitar las tácticas monopolistas. Cullen le contesta argumentando que la salud es un bien tan preciado, que no puede regirse por las actividades mercantiles e industriales.

De esta discusión nace la pregunta si las corporaciones médicas debían o no conceder licencias de ejercicio. Para Smith el espíritu corporativo y exclusivista de las profesiones de la salud debe considerarse inaceptable, pues si se restringe el ejercicio, el costo de la asistencia médica subiría y el éxito del profesional de la salud vendría dado no por sus méritos sino por el tipo de licencia.

Hacia 1772 el profesor de Medicina de la Universidad de Edimburgo, el doctor John Gregory, escribía en sus *Lectures on the duties and qualifications of the physician*:

"En la economía de mercado, quien paga manda, y quien cobra obedece; en la Medicina sucede lo contrario, quien paga obedece y quien cobra manda".

La Medicina es una actividad monopolística que se sustrae del libre mercado, con perjuicio para los enfermos y la sociedad. Crítica las razones de los que defienden el monopolio médico:

1. La Medicina es sólo para las mentes ilustres, dada su dificultad y su complejidad.
2. No es claro que al permitir el ejercicio libre aumentarían los charlatanes, sino también aumentaría en la misma proporción las personas inteligentes.

Por tanto, Gregory es partidario de lo que se llamó la "cláusula definitiva", es decir, que nadie pueda definirse como médico titulado si no lo está; pero se opone a la "cláusula restrictiva", que sólo los médicos puedan practicar la Medicina. Gregory piensa que quienes no hayan estudiado los cursos de Medicina pueden ejercer el arte de curar, pero no como médicos. Esto es el arte del libre mercado.

Estas ideas se ponen en práctica en Francia en 1789; tras la revolución se cerraron las Facultades y se permitió ejercer la Medicina a todos, pero no hubo éxito y las aguas volvieron a su cauce.

Pero la discusión duró todo el siglo XIX y los médicos fueron partidarios del monopolio. A pesar de ello se presentaron muchos proyectos de ley antimonopolio, de los cuales pocos llegaron a su fin.

El tema se reabre en torno a los farmacéuticos. Proyecto de ley de 1815 con "cláusula restrictiva": sólo podían ejercer la profesión los licenciados.

Los que se oponen piden que se publique anualmente un registro de los practicantes, licenciados o no, que estaban debidamente cualificados. El proyecto no fue aprobado.

Años después, en 1868, se crea la Ley de Farmacia, la cual elimina las normas generales de cualificación restrictiva de los farmacéuticos y boticarios, aunque penalizando la utilización de un título profesional por quienes no lo tuvieran registrado.

Finalmente, en 1886, se otorgan al Colegio de Médicos "todos los poderes para imponer controles efectivos". La Medicina y la Farmacia se convierten en actividades "protegidas".

La polémica de últimos años en Reino Unido sobre normas de registro de productos farmacéuticos, previstas por ley inglesa del medicamento de 1968, como reacción a la talidomida fue la siguiente:

No pueden comercializarse los medicamentos que no se hayan registrado. Esto aumenta los costes y lentifica el proceso, sin que los estudios de toxicidad tengan garantía de total fiabilidad.

Algunos proponen volver a la tradición liberal del *laissez-faire*. La decisión de comercialización debería quedar en manos del fabricante. Sin embargo, únicamente se mantiene esa tradición en el caso de los herboristas: se les eximen de penas, con tal de que sus clientes sean informados de lo que consumen.

Por tanto, la vía liberal "parece definitivamente enterrada": quizá por eso, cobra vigor otro frente, el de la información y la decisión.

Si las profesiones sanitarias han de ser monopolistas, debe evitarse que sean paternalistas.

CARTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES Declaración de Lisboa Octubre de 1981

Un médico debe actuar siempre de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente cuando se le presentan dificultades prácticas, éticas o legales.

La siguiente declaración recoge algunas de los principales derechos que la profesión médica desea que se reconozcan a los pacientes. Cuando la legislación o la acción del gobierno niega estos derechos del paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

a) El paciente tiene derecho a elegir libremente a su médico.

b) El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico que goce de libertad para hacer juicios clínicos y éticos sin ninguna interferencia exterior.

c) Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o a rechazarlo.

d) El paciente tiene derecho a confiar en que su médico respeta la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen.

e) El paciente tiene derecho a morir con dignidad.

f) El paciente tiene derecho a recibir o a rechazar la asistencia espiritual y moral, incluso de un ministro de la religión apropiada.

(Traducción de la redacción del Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud a partir del original en inglés)

4. NACIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

El Consentimiento Informado es recogido por leyes estatutarias: 25 Estados elaboran leyes sobre Consentimiento Informado entre 1975-77. En 1982 ya eran 30. Muchas de estas leyes, por presión de los médicos, definen los delitos como negligencia y se adhieren al criterio de la "práctica profesional".

En 1969 una organización privada, Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, permite a las asociaciones de consumidores participar la revisión de su reglamento: La National Welfare Rights Organization elabora un documento en 1970, el primer código de derechos de los enfermos.

En 1973, la Asociación Americana de Hospitales aprueba el Patient's Bill of Rights.

El Departamento Federal de Salud recomienda en 1974 "a los hospitales y demás centros sanitarios la adopción del código de derechos de los enfermos, así como su distribución... a todos los pacientes que ingresaran en sus establecimientos"

Así, el Consentimiento Informado se convierte en un "derecho humano individual" o "derecho humano negativo", que puede añadirse a la lista clásica, junto con el derecho a la vida, la salud, la libertad y la propiedad: no es una especificación del clásico y beneficentista derecho a la salud, sino un derecho nuevo, al Consentimiento Informado.

5. LIBERTAD DE DECISIÓN Y DE INFORMACIÓN

El espíritu liberal fracasó ante el monopolismo, pero socavó los pilares del paternalismo. Fue creciendo la tendencia creciente a considerar al enfermo como adulto y autónomo.

Ya lo sugiere Gregory: el enfermo es la última instancia para decidir sobre su cuerpo y su vida. "Todos los hombres tienen derecho a hablar cuando se trata de su salud y de su vida". De ahí la obligación de comunicar la verdad. La veracidad es una cualidad moral del médico, lo que no niega que haya situaciones de difícil manejo.

Pero se mantiene el paternalismo que se expresa en su creencia de que hay que informar a la familia incluso sin permiso del enfermo.

Gregory fue tajante en su oposición al monopolismo, pero no vio con la misma claridad el derecho del enfermo a la información y la decisión; éste será un proceso largo y gradual.

Hay otros ilustrados en Francia, como Mirabeau y Condorcet. En USA, Benjamin Rush, uno de los firmantes de la Declaración de Independencia USA: el pueblo manda aquí en Medicina como en política.

La información es un deber primario del médico. Considera que la veracidad es buena para el enfermo. Es, por tanto, beneficentista, no autonomista. "La obediencia de un paciente a las prescripciones de un médico debe ser rápida, estricta y universal. No debe oponer su propia inclinación ni su criterio a los consejos de su médico". 83

Tuvo gran importancia las decisiones judiciales en el proceso hacia la autonomía. Es lógico, ya que el núcleo de la tradición jurídica ha sido la defensa de la autonomía y de los derechos individuales: "No es una exageración afirmar que el derecho de los enfermos a ser informados y a decidir autónomamente sobre su propio cuerpo les ha venido impuesto a los médicos desde los tribunales de justicia; o también, que la autonomía es un principio ajeno a la tradición médica". Para Katz: "La información y el consentimiento... no tienen raíces históricas en la práctica médica".

Antes del siglo XVIII, los médicos habían sido en general impunes y sólo a los cirujanos se les han exigido responsabilidades penales. Ya lo reflejan, Quevedo y Molière: los errores de médicos los tapa la tierra.

Todas las culturas han tenido conciencia de que los médicos eran negligentes, pero no se podía probar como consecuencia de su gran poder. Virgilio llama a la Medicina *Ars muta*. Se hace gran énfasis en el secreto, no en la información en contraste con cirujanos: además sus intervenciones eran más agresivas y con mayores consecuencias.

Evolución jurídica del consentimiento informado. Su historia es casi desconocida, se remonta a USA.

Hay otros derechos descubiertos recientemente: a la privacidad y a morir con dignidad.

Situación mundial: Nunca se ha creído menos en la posibilidad de fundamentar los derechos humanos, pero nunca han alcanzado un mayor relieve: "Los derechos civiles y políticos han llegado a conseguir su máximo grado de generalidad". Dos documentos esenciales:

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, del 12 de diciembre de 1948 y la Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades Individuales en 1950.

Ese marco era necesario para llegar a los derechos de los enfermos. Pero debe añadirse el cambio de Estados Unidos en los años 70, como reacción contra el poder del Estado: creciente reivindicación de los valores de la individualidad, libertad y autonomía.

Surgen otros movimientos autonomistas como el de la liberación de la mujer, el ecologista y el de salud integral (holistic health), que influyen en la Medicina.

Además en años 60 se desarrollan las técnicas de soporte vital, la diálisis, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Fadden y Beauchamp elaboran un documento revolucionario: "Quizá por vez primera en un documento de ética médica, al médico se le obligaba, bajo forma de derecho, a incorporar al paciente al proceso de toma de decisiones y a reconocer su derecho a tomar la decisión final".

La tradición hipocrática se basaba en obligaciones y virtudes; ahora se utiliza un lenguaje nuevo, el de los derechos. Con matizaciones, puede decirse que "el lenguaje de la virtud ha sido el principio de la ética médica beneficentista, y el de los derechos lo es el de la ética médica basada en el principio de autonomía".

A ello se suma el Consejo Judicial de AMA en 1981: admite dos excepciones

Hay que distinguir tres etapas en el proceso del consentimiento:

1. Se utiliza sobre todo la figura de la negligencia profesional o impericia, malpráctica. No se necesita la voluntariedad para que constituya delito.

2. Idea de agresión, *battery*, entendida como la intervención realizada en el cuerpo de una persona sin su consentimiento.

3. Finalmente se define la figura y el concepto del Consentimiento Informado. Sus defectos dan origen a la impericia o negligencia.

5.1 LA NEGLIGENCIA COMO LESIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

La negligencia como lesión del derecho a la salud (1780-1890)

En USA hacia el siglo XIX, los problemas de información y consentimiento se centran en la cirugía: son pocos los casos médicos, salvo en administración de medicamentos.

la cirugía era el último recurso que, antes de anestesia y asepsia, se identificaba con dolor, mutilación, infección y muerte. Por eso los cirujanos norteamericanos respetaban la opinión de sus pacientes, aunque les costase a estos la vida.

Las historias clínicas reflejan la frustración y resignación de los cirujanos. Llaman la atención la falta de referencia a consideraciones legales. Se debe a que en problemas relacionados con el consentimiento, los tribunales dieron razón a los cirujanos. Sólo los condenaron cuando la falta de consentimiento iba contra las normas médicas. En esos casos, el delito que se adujo fue siempre la negligencia, no la agresión.

Esto significa para Pernick que la jurisprudencia norteamericana del siglo XIX consideró la capacidad de decisión del paciente como formando parte de la terapéutica, de una buena asistencia médica, más que como un derecho legal autónomo e independiente.

El caso Carpenter vs. Blake: el tribunal estuvo de acuerdo en que "el consentimiento de la demandante, si se obtuvo por procedimientos falsos", era inválido.

Los tribunales "defendieron el derecho del paciente a la información y a la elección, pero sólo en tanto el consentimiento informado podía ser considerado como una parte de la misión del médico de conseguir la máxima ayuda terapéutica para el paciente". Pero muchos médicos creían que la información podía ser perjudicial y los tribunales, por lo general, estuvieron de acuerdo.

al Consentimiento Informado: a) Si el paciente está inconsciente o es incapaz para consentir y el peligro es inminente; b) Si la información supone seria amenaza psicológica.

Además, La President's Commission, en 1982, aclara: no reconocer al individuo como sujeto básico en la toma de decisiones, podría lesionar el respeto al interés de cada persona en su autodeterminación.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprueba en 1976 un documento elaborado por la Comisión de Salud y Asuntos Sociales en que se reconoce el Consentimiento Informado.

El Instituto Nacional de la Salud de España pone en marcha en 1984 un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria y una Carta de derechos y deberes que, muy modificada, pasa a formar parte del Art. 10 de Ley General de Sanidad.

Surgieron nuevos problemas de Consentimiento Informado con la aparición de la anestesia: en 1844 se realizan las primeras extracciones de dientes con anestesia. Se crea la conciencia en los cirujanos de que tienen un medio, no sólo para vencer el dolor, sino para superar las resistencias de los pacientes ante las operaciones. Les permitía trabajar a gusto con los incompetentes, enfermos mentales y niños.

Se ven casos en norteamérica donde las parturientas rechazaban intervención instrumental. Para los médicos del siglo XIX el primer rasgo de incompetencia de enfermo era el rechazo de un tratamiento que ellos consideraban eficaz.

Durante este período los problemas de información y consentimiento fueron considerados negligencia o mala práctica. No eran punibles, si se había respetado el principio del mayor interés del paciente y estuviere probada su incompetencia. Pero eran los médicos los que evaluaban lo uno y lo otro.

Todo rechazo de terapia era considerado por los cirujanos como motivo suficiente para probar la incompetencia del paciente.

"Como doctrina general parece que puede establecerse que durante todo este período el derecho a la información y el consentimiento aún no fue considerado un derecho autónomo, sino sólo un momento del derecho más amplio a la salud y el bienestar".

85

5.2 LA AGRESIÓN FÍSICA O LA INTERVENCIÓN EN EL CUERPO DE OTRO SIN SU PERMISO

La agresión física, o intervención en el cuerpo de otro sin su permiso (1890-1920)

En la década de los años 90 los tribunales de USA empezaron a recibir reclamaciones de pacientes, víctimas involuntarias de la cirugía: pero ahora los acusan de agresión (*Battery*: siempre que alguien actúa intencionadamente sobre el cuerpo de otra persona sin su permiso).

Fue hasta 1890 cuando la Common law empieza a afirmar que cualquier intervención sobre el cuerpo de otra persona, sin su permiso, comete delito de agresión técnica.

Pero no estaba detallada la naturaleza del consentimiento: la ley no se preocupaba de la comprensión por parte del paciente, ni imponía al médico más que revelar el nombre de la enfermedad y una descripción superficial de lo que iba a hacer. Era un consentimiento superficial.

Después de I Guerra Mundial, esta indefinición comienza a superarse. El tribunal exige, para que el consentimiento sea válido, que se dé con una información suficiente para "ponderar los peligros y los riesgos".

Los tratadistas admiten cinco excepciones del Consentimiento Informado:

1. Graves problemas de salud pública
2. Urgencias médicas
3. Incapacidad o incompetencia del paciente
4. Privilegio terapéutico
5. Rechazo de la información por parte del paciente

72

5.4 TEORÍA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: HISTORIA

Para Robert Veatch el consentimiento informado no es un proceso puntual, sino es un proceso de permanente diálogo, que responde gradualmente a los interrogantes que cada sujeto vaya planeando, más una correcta y adecuada información.

En consentimiento informado es el resultado de una participación activa por parte de los pacientes en la toma de decisiones.

1. Historia

Recordemos que en el mundo griego el hombre virtuoso era el que se ajustaba al orden natural. La *Polis* era el ejemplo perfecto de este ajustamiento al orden natural. En Medicina, la salud era el reflejo del orden natural, mientras que la enfermedad era lo opuesto, es decir el desorden. El hombre perfecto era el hombre bueno, que es lo mismo decir, el hombre saludable. La labor del médico consistía en poseer la sabiduría para reajustar el orden perdido por la enfermedad. El paciente era un enfermo tanto físico como moral a la espera de la ayuda del médico. A esto es lo que llamamos paternalismo.

Entrada la modernidad este paternalismo entra en crisis, pero no influye tanto en la Medicina sino en la sociedad, en las decisiones políticas.

El esquema político antes de la modernidad se regía por tres elementos: Dios que gobernaba sobre todas las cosas, delegaba su poder sobre la tierra en la figura del Rey, quien imponía su soberanía sobre el Pueblo. Dios-Rey-Pueblo. Con la modernidad, con el *Leviatán* de Hobbes, la estructura de la sociedad cambia, Dios queda relegado a un segundo plano, y es la sociedad por medio de un contrato social que se organiza, pactando unos mínimos para la convivencia. Esta sociedad delega en el rey la responsabilidad de cuidar estos mínimos de convivencia.

En la misma línea, se presenta la sentencia del prestigioso juez Cardozo: "Cada ser humano de edad adulta y sano de juicio tiene el derecho de determinar lo que debe hacerse con el propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de un paciente comete una agresión de cuyas consecuencias es responsable".

La ley reconoce ya no el derecho de todo hombre a la autodeterminación, lograda hace ya tiempo, sino el derecho del paciente a la misma.

Los médicos empiezan a diferenciar entre "hechos" y "valores" y a considerar que la información de hechos médicos es "neutro" desde el punto de vista axiológico.

Además, a finales del siglo XIX y comienzos del XX son de gran apogeo para los monopolios, y el juez Cardozo y otros colegas buscan un equilibrio. Por ejemplo, en el tema de vacunación obligatoria: en USA predomina la idea de que se puede imponer cuarentena a personas enfermas, pero que no se puede obligar a adultos, competentes y sanos, a vacunarse.

Sin embargo, desde 1918, se empieza a exigir la vacunación y más tarde la esterilización coactiva de retrasados mentales. Esto indica el creciente poder de la Medicina, que Cardozo quiere compensar con mayor autonomía de pacientes.

Por las mismas fechas comienzan sentencias contra médicos, sobre todo cirujanos, por traspasar los límites del consentimiento informado o por hacer prácticas prohibidas por el paciente.

A partir de años 30, comienza *The first wave of the malpractice crisis* que llega a su máxima expresión en 1960.

El *New England Journal* recomienda a los médicos que pidan el consentimiento antes de toda operación. Se pide que firmen un consentimiento válido, aunque su valor jurídico es discutible.

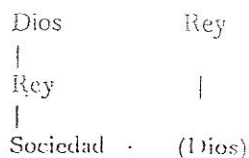
5.3 EL CONSENTIMIENTO SE HACE INFORMADO

El consentimiento se hace informado (1945-1972)

El Ministro de Sanidad del Reich en 1931, promulga normas estrictas sobre experimentación en humanos y productos terapéuticos: "Es el primer gran código ético sobre ensayos clínicos"; 4 de los 14 artículos se refieren al Consentimiento Informado.

No se cumplen con gitanos, judíos, polacos y rusos. Esto dio paso a la tragedia de campos de concentración.

Como consecuencia de ello, en el año de 1946 se sentaron en la banquilla de Nüremberg veinte médicos y tres administradores. Durante



(Premodernidad) (Modernidad)

Sin embargo, con la Medicina no ocurrió lo mismo, desde el siglo XV al siglo XVIII la relación médico-paciente estaba enmarcada en el mismo paternalismo de la antigüedad. Sólo a comienzos del siglo XX, hacia aproximadamente 1914 con la sentencia del magistrado Cardozo se plantea por primera vez el derecho de los pacientes para tomar sus propias decisiones: "...todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo..." Entre 1957 y 1972 se establece la exigencia de realizar el Consentimiento Informado para los pacientes que se someten voluntariamente a investigaciones biomédicas.

2. Fundamentación

El Consentimiento Informado se fundamenta desde el modelo principialista a través del Informe Belmont. Este Informe establece claramente 3 Principios: -el principio del respeto por la personas; -el principio de beneficencia y el principio de justicia.

El procedimiento operativo para conseguir esto (hay que recordar que el Informe Belmont está diseñado para la participación de sujetos en la Investigación científica): en el caso del respeto a la personas se establece el Consentimiento Informado, con sus tres componentes: la información, la comprensión y la voluntariedad. En el caso de la Beneficencia se debe establecer claramente la evaluación de la relación riesgo/beneficio. Y en cuanto a la justicia se debe hacer una estricta selección de los sujetos que entran en la investigación. En conclusión: podemos decir que el Consentimiento Informado emana del Principio de Autonomía.

el proceso el tribunal se dio cuenta de la importancia del Consentimiento Informado en la realización de experimentos con humanos y ensayos clínicos. Pero no es claro si la fundamentación del Consentimiento Informado se hace desde la beneficencia o la autonomía.

Se usa el término de *voluntary consent*, no el de *informed*. El Consentimiento Informado se usa por vez primera en 1957 por un tribunal de California. "La novedad está, pues, en el derecho del enfermo a la calidad de la información, y en el deber del médico para revelarla". Hay que dar toda la información para que el paciente pueda tomar una decisión inteligente, pero la sentencia se expresa con obscuridad al afirmar que debe hacerse "con una cierta dosis de discreción", sin recomendar al médico ningún criterio para que se guíe.

Cada vez crece más la conciencia de que el Consentimiento Informado es parte del acto médico y su defecto debe considerarse negligencia. Los médicos deben revelar a los pacientes las consecuencias sobre sus intervenciones: si se hace sin consentimiento, el delito es agresión; pero si hay consentimiento sin información es negligencia.

La negligencia en la información es tan grave como la negligencia en la actuación, y obliga al demandado a reparar los daños sufridos por el demandante.

El caso Berkey hacia el año 1969, inicia nueva época para el Consentimiento Informado. Hasta entonces el criterio sobre información a dar quedaba a la consideración del médico (criterio de la práctica profesional), ahora se afirma que el canon no es el médico, sino el enfermo. Debe darse toda la información para dar un consentimiento inteligente.

La Sentencia de 1972 dictamina: "El derecho del paciente a su autodeterminación marca los límites del deber de revelar". Así el criterio de la persona razonable parecía derrumbar definitivamente al de la práctica profesional. Pero se mantiene el debate.

Para el Dr. Gracia, no se puede salir de esa situación a través de la jurisprudencia, sino "con el replanteamiento de las bases lógicas de la Medicina". La lógica clínica tradicional ha sido determinista - "la versión lógica del paternalismo moral". Hay que pasar del determinismo al probabilismo. Es un problema, no médico, sino lógico, el de qué entendemos por información.

La lógica clínica clásica era muy adecuada para la información dada en el modelo del "mayor bien del enfermo", pero es inservible en el modelo de autonomía.

Hay que recurrir a la lógica estadística, que sólo hoy comienza a aplicarse en Medicina. Se ha venido formando a los médicos en la lógica determinista: el ideal del acto médico es establecer una relación determinada, causal, entre la etiología y tratamiento de enfermedad. Esa

Análisis Ético del "Informe Belmont"

Principio: Respeto por las Personas.

Contenido:

A. Se debe considerar que todos los individuos son entes autónomos mientras no se demuestre lo contrario.

B. Se debe respetar los criterios, determinaciones y decisiones de los individuos autónomos mientras no perjudiquen a otros.

C. Se debe proteger del daño a los individuos no autónomos, lo cual puede exigir hacer caso omiso de sus criterios, determinaciones y decisiones.

Procedimiento Operativo: El Consentimiento Informado

Principio: Beneficencia

Contenido:

A. No se debe hacer daño

B. Se debe extremar los posibles beneficios

C. Se debe minimizar los posibles daños

88 Procedimiento operativo: evaluación de la relación costo/beneficio

Principio: Justicia

Contenido:

A. Se le deben proporcionar a las personas aquellos beneficios y ventajas que les correspondan

B. No se debe imponer a las personas aquellas cargas que no les correspondan

Procedimiento Operativo: Selección de sujetos

lógica llevaba a considerar la hipertensión como caso problemático, fuera de la norma.

Se está dando en Medicina el paso de una "lógica determinista y causalista, a otra estadística y probabilista". Con esta lógica entendemos que la hipertensión, puede deberse también a factores emocionales; no es un caso excepcional, sino paradigmático.

Las decisiones médicas deben tomarse de acuerdo con la "teoría de la decisión racional", que enseña cómo decidir en situaciones de "incertidumbre", basados en cálculos de probabilidades.

Decir la verdad a un enfermo no es darle un diagnóstico de certeza, sino exponerle las probabilidades en el diagnóstico, pronóstico y terapia. Los médicos se resisten a actuar así; no es fácil que la mente humana actúe desde probabilidades. "Cuando los hábitos mentales y lógicos de los médicos (y de los pacientes) cambien, el ideal del consentimiento médico será completamente alcanzable". Sólo entonces se habrá conseguido una Medicina más humana, en la que los pacientes sean tratados como adultos, no en manos de los médicos "llevados por un irracional deseo de protección y salvación".

5.4.1 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: ANÁLISIS

El Consentimiento Informado es un *proceso gradual* que se realiza en el seno de la relación médico - paciente (usuario) en virtud del cual el sujeto *competente* recibe del personal de salud una información *suficiente y comprensible* que le capacita para participar *voluntaria y activamente* en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

El Consentimiento Informado requiere una decisión autónoma, entendida esta como la capacidad de toda persona de expresar su proyecto de vida. Hay algunas condiciones para afirmar que las decisiones son autónomas:

1. Es un acto intencionado conforme a un plan consciente.
2. Es emitido tras comprender: -que se trata de autorizar o desautorizar la realización de un procedimiento médico; -que este procedimiento indica actuar sobre su cuerpo; -que es un procedimiento que conlleva riesgos y beneficios.
3. Ausencia de influencias externas.

Otro de los elementos indispensables es la *voluntad del paciente* para tomar su decisión: esta voluntad presenta dos componentes:

1. Coacción: en estos casos se presenta más a menudo estructuras de dominio que la propia coacción.

2. Ausencia de manipulación: radica en el manejo que las personas le dan a la información que poseen.

En cuanto a la información, debemos tener en cuenta:

1. La información debe ser suficiente: en cantidad suficiente, debe contener como mínimo:

- Descripción del procedimiento: objetivos y forma de realizarse;
- Riesgos, molestias y efectos secundarios;
- Beneficios a corto, mediano y largo plazo;
- Procedimientos alternativos;
- Efectos previsibles si no se realiza ninguno de ellos;
- Criterios de preferencia del médico;
- Posibilidad de ampliar la información;
- Libertad para reconsiderar la decisión.

2. La información debe ser comprensible. Existen:

- Dificultades subjetivas o del receptor: competencia
- Dificultades objetivas o del emisor:
 - Lenguaje verbal
 - Lenguaje no-verbal.
 - Lenguaje escrito formularios.

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

1. El paciente, la familia y demás allegados han sido correcta y adecuadamente informados (dentro de lo posible) a propósito de la situación del paciente.

Paciente:

Sí No Si no, ¿por qué?

Familia:

Sí No Si no, ¿por qué?

2. Si el paciente ha escrito una declaración eligiendo un tratamiento (o rechazando ciertos tratamientos) y desea conseguir o ya ha conseguido que esta declaración escrita forme parte de la historia clínica.

Sí No Si no, ¿por qué?

3. El paciente tiene un testamento vital o una declaración eligiendo ciertos tipos de tratamientos, que yo he discutido detalladamente con él.

Sí No Si no, ¿por qué?

4. El paciente no es competente o no puede comunicarse. La familia u otros allegados han decidido en su lugar, aplicando el concepto de decisión de sustitución.

Sí No Si no, ¿por qué?

Técnicas para la legibilidad de la información:

A. Cuando las palabras que se utilizan son muy largas más complicada es la forma de entender lo que se quiere expresar;

B. Cuando más largas son las frases es más complicado la intelección.

3. Capacidad y herramientas de trabajo

¿Cómo evaluar la capacidad de un sujeto para tomar decisiones?

Existen dos términos que tendremos que analizar: capacidad y competencia. Capacidad es un concepto más técnico que moral y se refiere más a la evaluación de las habilidades psicológicas de los pacientes. La competencia es un concepto más jurídico y se refiere a la capacidad que tienen los pacientes para ejercer sus derechos.

La capacidad se define por la presencia de una serie de habilidades psicológicas presentes en un grado suficiente o aceptable. La capacidad puede ser jurídica (*competency*) o capacidad de obrar.

La capacidad jurídica es la aptitud para ser sujeto de derechos y de obligaciones que tiene todo ser humano por el mero hecho de serlo. La capacidad de obrar es la aptitud de una persona para gobernar sus derechos y obligaciones de que es titular, ejerciendo unos o cumpliendo con otros.

5. El paciente, la familia u otros allegados desean consultar con el servicio de pastoral a propósito de la elección de ciertos tipos de tratamiento o asistencia.

Sí No Si no, ¿por qué?

Marco ético para las decisiones sustitutas:

90

1. *Valores o principios éticos comprometidos.*

2. *Normas de actuación:*

-Criterios subjetivos: testamentos vitales/directrices anticipatorias.

-Criterios de juicio sustitutivo: mi conocimiento de su proyecto de vida me da la pauta para saber lo que desearía.....

-Criterio del mayor beneficio o del mejor interés.

3. *Normas de autorización: ¿Quién puede tomar las decisiones?*

4. *Normas de intervención.*

5. *Herramientas de aplicación: directrices previas o anticipatorias*

-Directriz previa directa o testamento vital;

-Directriz previa indirecta o poder de representación;

-Directrices previas mixtas.

Existen algunas excepciones a esta capacidad:

1. Grave peligro para la salud pública (a partir del concepto de epidemia).
2. Urgencia vital inmediata.
3. Paciente incompetente sin sustituto.
4. Imperativo judicial: huelga de hambre...
5. Rechazo por parte del paciente: cuando se niega a recibir la información...
6. Privilegio terapéutico: la información produce daño desde el punto de vista psicológico.

Herramientas de trabajo:

a. Herramientas para la transmisión de la información:

-Técnica de entrevista clínica.

-Relación de ayuda (*counselling*).

-Formularios de consentimiento informado.

b. Herramientas para la evaluación de la capacidad.

c. Normas para la decisión de representación.

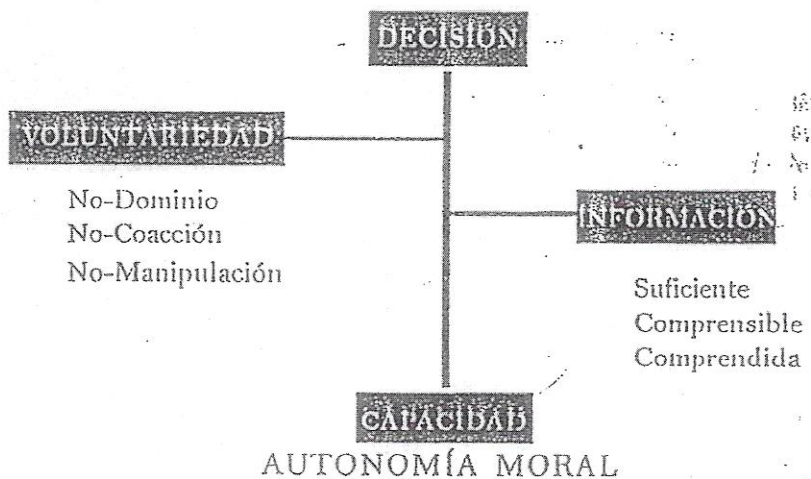
4. Decisiones de representación: ¿Qué hacer cuando el paciente es incapaz?

Hay dos respuestas tradicionales: la decisión la debe tomar los familiares más cercanos o la decisión se debe tomar buscando el mayor beneficio del paciente. Pero, ¿cuál es el mayor beneficio del paciente?

TEORÍA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACEPTACIÓN

RECHAZO



TEMA 11

El problema de la justicia

Contenido:

1. Cuidados paliativos: una cuestión de justicia
2. La justicia como proporcionalidad natural
3. La justicia como libertad por contrato
4. La justicia como igualdad social
5. La justicia como bienestar colectivo

El hombre, en tanto individuo viviente, o 'animal racional', es constitutivamente un ser social, y como tal se realiza en todas sus actividades. La sociedad, donde se desarrollan los seres humanos, se compone a su vez de múltiples estructuras. La primera es la que constituyen los otros individuos en tanto que otros semejantes con los que establecemos relaciones privadas. También, de la relación profunda entre dos personas surge una estructura familiar nueva, la familiar. Pero también existe otra estructura social, que se encarga de velar por la integridad de los individuos, el Estado, máxima institución social.

En la relación médico-paciente hay siempre involucrada tres partes: el enfermo, el médico y la sociedad. El enfermo constituye la primera y fundamental instancia. Cuando el paciente enferma se pone en contacto con el médico, es así como entra en juego la segunda parte. Cuando en la relación médico-enfermo se hacen presentes otras estructuras sociales, la institución hospitalaria, el seguro de salud, el juez, decimos que intervienen terceras partes.

Estas terceras partes tienen derechos y obligaciones distintas a las del enfermo y el médico. En un primer momento parece que sus derechos son menores, que tienen un carácter operativo en vez de decisorio: el médico y el paciente toman las decisiones de acuerdo con sus principios de beneficencia y autonomía, y las terceras partes lo único que tienen que hacer es ponerlas en práctica: el hospital atiende al paciente, el seguro les paga, etc...

Pero eso no es así, las terceras partes no son únicamente un medio para conseguir un fin, están constitutivamente incrustadas en la realidad humana, y se rigen por un tercer principio, que no es el de beneficencia o el de autonomía. El principio de las terceras partes o de la sociedad es el de la justicia.

Por terceras partes debe entenderse todos los agentes sociales que intervienen en la relación médica y que son distintos al personal de salud, los pacientes y los familiares. Terceras partes son los hospitales, la seguridad social, el Estado. La característica típica y unificadora de todas ellas es que aportan a la relación médico-paciente un nuevo principio, el de la justicia. Las decisiones que deben tomar las terceras partes son de diferentes estilos: cuando un director de un hospital se plantea el problema de cómo distribuir los recursos limitados a fin de encontrar el mejor beneficio para la comunidad; cuando un juez retira la patria potestad al padre como consecuencia del maltrato que le han propiciado a un hijo; o cuando se evita que un testigo de Jehová deje morir a su hijo que necesita

evalúa a uno de sus hijos por neointraocular de tipo retinoblastoma.

Consulta de seno: 17-10-97

Para clínicos en orden Rx de tórax normal se da boleta de hospitalización para ooforectomía el 22 de octubre; se firma autorización del paciente.

Trabajo social: se realiza entrevista a la paciente y al esposo, se entrega orden de hospitalización y se dan las últimas indicaciones necesarias.

Anestesia: paciente de 33 años de edad, programada para ooforectomía

E. F. Pte en buen estado general

Cuello: Normal

RsCsRs: Normales

ABD: blando no doloroso

Ex. Paraclínicos: HCTO: 39 HB: 13 Glicerina: 98

ASA: II Ss / EKG No hay contraindicaciones para la cirugía.

Consulta seno: 31-10-97

Paciente a control. Evolucionó satisfactoriamente de la cirugía. Al examen clínico paciente en buenas condiciones. ABD blando, herida quirúrgica bien. El resultado AP mostró ovarios sin tumor. Se inicia Tamoxifen. Se controlará el 11 de noviembre.

Consulta seno: 19-11-97

Carcinoma inflamatorio de Seno. POP ooforectomía

El diagrama adjunto muestra el gran compromiso generalizado de piel, pezón, axilas y región inframamaria. Se retiran puntos de cirugía infraumbilical. Se inicia tamoxifen 20 mg. Al día. Se cita en dos meses.

Cuidados paliativos: 01-12-97

Paciente con Dx de CA inflamatorio de Seno. Refiere dolor somático 10/10 incidental. AL EF extenso compromiso tumoral del seno, fosa axilar y pared torácica, con ulceración y secreción purulenta.

Plan: aseo, local (flagyl tópico). Acetaminofen Codeical 30 mg. C/8 horas. Se aclara pronóstico y objetivo del tratamiento. Control enero/98 por falta de cupo disponible.

norma de lo justo y de lo injusto. En este caso, el contrato social tiene por único objetivo proteger los derechos naturales, es decir, los civiles y políticos, de cada individuo. Se trata de un nuevo concepto de justicia distributiva, la justicia como libertad contractual.

La distribución de honores y riquezas se rige por principios como los de la justa adquisición. El trabajo es el título primario de adquisición. No es como en la justicia natural la proporción geométrica la que nos dice si las riquezas han sido distribuidas justamente, sino el modo de su adquisición. Y la adquisición es justa si es el resultado del propio trabajo. También es justo la transferencia de las propiedades, ya sea por regalo, por compra o por herencia. El Estado sólo debe garantizar que se cumplan estos derechos.

Las repercusiones para el mundo de la salud son importantes. Para el pensamiento liberal la salud es un bien como otros y por lo tanto debe regirse por las leyes del mercado, sin intervención de terceros (el Estado).

En esta perspectiva, la sociedad del siglo XIX elaboró tres tipos de asistencia médica: la primera fue la de las familias ricas y apoderadas, con recursos suficientes para garantizar el pago de los honorarios de los médicos y cirujanos. Luego, existía otro sector, más amplio, el de la clase media, que pagaban los honorarios médicos y quirúrgicos por medio de seguros privados. Finalmente habría un tercer sector, el de los pobres, sin ninguna oportunidad en el sistema de salud liberal. Para corregir esto se crearon las instituciones llamadas de 'beneficencia'. Las instituciones de beneficencia no se regían por el principio de justicia sino por el de caridad.

Hoy día ante los excesos de la sociedad capitalista se ha exigido que la salud sea un derecho individual que debe ser protegido por el Estado. Pero el control del Estado debe ser negativo y no positivo. El Estado tiene la obligación en justicia de impedir que alguien atente contra la integridad corporal, pero no de procurar asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Esta es la diferencia entre el derecho negativo a la salud y el derecho positivo a la asistencia sanitaria.

Otro modo de enfocar la justicia desde la teoría liberal lo propuso Brody. Para Brody el contrato civil debe estipularse en los siguientes términos: los recursos naturales de la tierra pertenecen a quienes los poseen, pero éstos en compensación deben pagar una renta a los demás, proporcional a los recursos utilizados. Esta renta puede cobrarse en forma de impuestos, y debe utilizarse en un fondo de seguridad social que se distribuya igualitariamente entre todos. La asistencia a la salud debe contemplarse como una parte de esta justicia redistributiva, pero no como un derecho separado y autónomo. No existe un derecho particular y específico a la asistencia sanitaria, sino un derecho genérico a la redistribución de una cierta riqueza.

Consulta Seno: 05-12-97

Paciente de 33 años, con Dx CA canalicular infiltrante de seno (inflamatorio). Tratamiento con quimioterapia a-cy. ooforectomía y tamoxifen. En seno derecho hay úlcera en zona de areola con sangrado no infectada, disminución del tamaño en comparación al seno izquierdo. Seno izquierdo gran infiltración tumoral dolorosa a palpación. SS concepto de oncología de posibilidad de implementar tto. Anexo. Continuar con tamoxifen. Cita en un mes.

Trabajo social: 05-12-97

Realiza entrevista con la paciente, está muy preocupada por el avance de la enfermedad, se le brinda apoyo.

Cuidados paliativos: 29-01-98

Segundo control de CA de Seno Izq. E. IV con importante compromiso local inflamatorio con secreción amarillenta.

Dolor somático controlado en forma satisfactoria con dosis bajas de tramal. Linfodema y dolor de tipo neuropático en MS DER.

Aparición de tos seca persistente

Estreñimiento moderado

EF: Ca: Oral normal, RsRs sin agregados

Zona inflamatoria y úlcera descrita

Neurológico: déficit motor de músculos medianos y radial

Zona hiperalgésica al tacto en territorio cubital

Resto sin cambios

Plan: regularizar dosis de tramadol 15 gotas * 4 esquema de rescate. Ciclo corto de dexametasona.

Gastroprotección

Pendiente: control oncológico.

Febrero 3

SS Rx de tórax

Control en dos meses

Oncología Clínica de adultos:

03-02-98

Paciente a control, mal estado en general, con progresión de su enfermedad a pesar del tratamiento con quimioterapia. Actualmente sintomática respiratoria por disnea a mediados esfuerzos, tos episódica, no productiva, persistente, el Rx tórax muestra signo radiológico que sugiere una diseminación linfática, se

3. LA JUSTICIA COMO IGUALDAD SOCIAL

Esta teoría se contrapone a la que vimos anteriormente, es decir, a las teorías que plantean los sistemas liberales. La teoría de la justicia como igualdad social, de corte marxista, pone el tema de la justicia de nuevo en el terreno económico, en concreto en el de la propiedad privada. Para el marxismo, la apropiación por parte de los individuos concretos de los bienes de producción ha de considerarse siempre injusta; estos bienes, no pueden ser propiedad privada, sino común. Lo que debe distribuirse equitativamente no son los medios de producción sino los de consumo. Para Marx distribuir equitativamente significa "a cada uno debe exigírle según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades".

Así planteadas las cosas, encontramos que la salud es una capacidad, y la enfermedad, una necesidad. El Estado debe dar a cada cual según sus necesidades, y por tanto tiene obligación de cubrir de modo gratuito y total la asistencia sanitaria de todos sus ciudadanos.

4. LA JUSTICIA COMO BIENESTAR COLECTIVO

En este sistema la justicia no se define como mera libertad contractual, pero tampoco como igualdad social, sino como 'bienestar colectivo'.

Esta actitud tuvo su origen a partir de la obra de John Rawls *Teoría de la Justicia* publicada por primera vez en 1971. Para Rawls la justicia no puede definirse como proporcionalidad natural, ni como libertad contractual, ni tampoco como igualdad social, sino como equidad. Rawls siguiendo a Kant piensa que todo ser humano, una vez alcanzada la edad de la razón, es autónomo y tiene un sentido efectivo de la justicia.

Pues bien, una vez alcanzada esta condición, el ser humano puede construir la idea de una 'sociedad bien-ordenada'. Esta sociedad tendrá las siguientes características: primero, estará regulada de forma efectiva por una concepción pública de la justicia, es decir, será una sociedad en la que todos acepten, y sepan que los demás también aceptan, los mismos principios de lo recto y de lo justo. Segundo, los miembros de una sociedad bien-ordenada serán personas morales libres e iguales, y como tales se verán a sí mismas unas a otras en sus relaciones políticas y sociales. Por tanto, sobre la base de la persona moral es posible pensar una sociedad bien ordenada, que estará regida por los principios de libertad e igualdad. El puente entre el concepto de persona moral y el de sociedad bien ordenada ha de estar constituida por lo que Rawls llama 'posición original'. La posición original es una estructura básica, un juego que todos debemos jugar con el fin de encontrar esa sociedad bien-ordenada. Esto supone poner entre paréntesis o no tener en cuenta ciertas cosas relacionadas con el papel real de personas en la sociedad (raza, idioma, creencia religiosa, estado económico, hombre o mujer, etc). Tales son las ventajas o desventajas derivadas de contingencias naturales o del azar social. A esta restricción mental es a lo que Rawls llama "velo de la

considera que ya la paciente tiene una importante progresión de su enfermedad, la cual no ha sido susceptible de manejo por QTX. Por tal motivo, se envía a manejo y concepto inicialmente con RTX para control local y regional, y continuar control de sintomatología en la unidad de cuidados paliativos. Se le explica al paciente y a su familia la naturaleza de sus síntomas y las características actuales de su enfermedad.

Junta de radioterapia: 09-02-98

No respondió a los tratamientos de quimioterapia y hormonoterapia. Presenta actualmente tos seca. Compromiso bilateral de senos, con ulceración de la piel prácticamente de todo el tórax con bloqueo axilar bilateral, con una radiografía de tórax donde se aprecia una diseminación linfagógica. En estas condiciones es considerada intratable. Continúa en cuidados paliativos. Se explica la situación al familiar.

Cuidados paliativos: 13-02-98

La paciente asiste extraoficialmente, con HC de CA de Seno, E. IV en manejo paliativo, única y exclusivamente debido a que por la consulta de base y RxTx se ha considerado irrescatable.

Problemas actuales: dolor somático, parcialmente controlable con el opioide débil. Disnea y tos seca. A compromiso linfagógico, para lo cual se ordena oxígeno en casa. Ciclo corto de esteroides, se ascenderá a opioides fuertes buscando el beneficio antitusivo, y de mejoramiento del intercambio gaseoso de la morfina. Linfodemas bilaterales progresivos para los cuales no se beneficia de ningún manejo de drenaje ni masaje, por lo cual se formula diuréticos retenedores de potasio, que paralelo ayudarán a la disnea. Estreñimiento severo, por lo cual se le formula dos tipos de laxantes de acciones sinérgicas, y enemas cada tercer día. Pero, el problema principal de esta paciente y de su esposo es el desconocimiento del estado oncológico de la incurabilidad de la enfermedad. Se da orden para que el seguro (EPS) diligencie el oxígeno a domicilio y active un programa de asistencia en caso. Control 6 de marzo, disponibilidad telefónica.

ignorancia". Una vez puestas entre paréntesis estas contingencias fácticas, las personas pueden ya buscar la realización del bien de acuerdo con criterios racionales y no solamente fácticos. Estos criterios obligan a considerar como objetos básicos ciertos bienes, sin los cuales la justicia procedimental pura sería inalcanzable. Estos bienes sociales primarios serían los siguientes: las libertades básicas; igualdad de oportunidades, derechos y prerrogativas; ingresos y riquezas; y condiciones sociales para el autorespeto y la autoestima.

Para Rawls una sociedad puede considerarse justa si todos los valores sociales (bienes sociales primarios) habrán de ser distribuidos igualitariamente, a menos que una distribución desigual de alguno o de todos estos valores redunde en una ventaja para todos, en especial para los más necesitados. Entre el puro liberalismo y el puro igualitarismo, surge una teoría intermedia, que entiende la justicia como equidad.

Al aplicar esta teoría al ámbito de la salud, surgen varias preguntas entre las cuales está: ¿debe incluirse el derecho a la asistencia sanitaria dentro de los bienes primarios subsidiario del principio de igualdad de oportunidades propuesto por Rawls?

Norman Daniels piensa que sí, pretende construir una teoría adecuada sobre el derecho a la asistencia sanitaria, cuyo único sentido correcto posible es el de justicia de la asistencia médica o asistencia médica justa. A partir de aquí se han presentado varios modelos que en la actualidad gozan de profundos debates.

Las cuatro concepciones estudiadas en este capítulo no son necesariamente rivales e incompatibles, sino momentos distintos de ese acto que es la justicia. Ninguna de estas concepciones es del todo verdadera, pero tampoco es ninguna del todo falsa. Cada cual adquiere su sentido cuando se la considera como momentos del acto de justificación. La justicia es una virtud compleja, que ha de tener en cuenta varios factores para llegar a tomar una adecuada resolución de problemas. La justicia distributiva no es la justicia general, pero sí una especificación suya, y como tal es un caso particular del proceso general de justificación moral.

Fórmula: Mujer de 34 años, Cáncer estado IV. Diseminación pulmonar linfagística. Requiere oxígeno disponibilidad permanente en casa.

Respuesta del Seguro de Salud (EPS): favor enviar un programa de cuidados paliativos, riesgo de manejo en casa, manejo de soporte, ya que al autorizar el oxígeno sin conocer su manejo es una irresponsabilidad.

AUTORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Yo, _____ Cédula de ciudadanía No. _____ junto con mis familiares hago constar que:

He sido debidamente ilustrado(a), sobre mi enfermedad CÁNCER y la necesidad de practicarme _____ como parte del tratamiento interdisciplinario requerido.

He recibido explicación clara y precisa sobre el procedimiento quirúrgico, sus riesgos, incluido la muerte, posibles complicaciones (hematomas, hemorragias, infecciones, pérdida o sufrimiento de colgajos cutáneos y otras impredecibles e imprevisibles), secuelas (limitaciones, disfunciones), consecuencias y análisis de riesgo-beneficio.

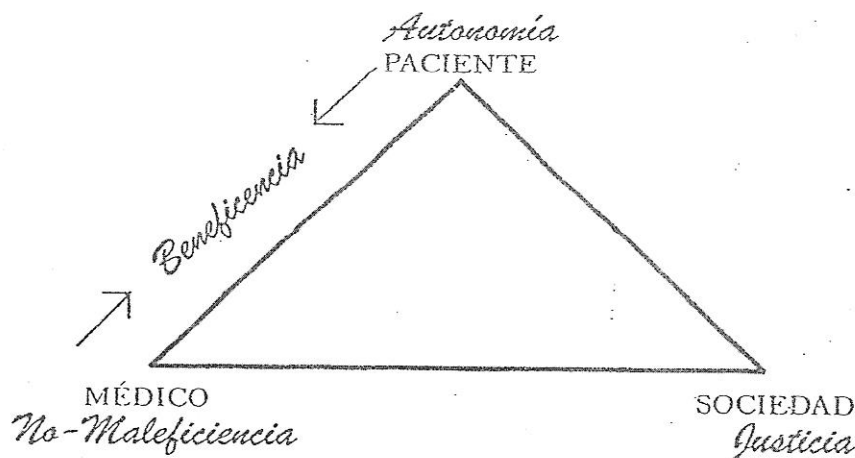
He recibido información suficiente sobre los exámenes y estudios requeridos con sus respectivos riesgos e implicaciones.

Se me ha explicado por parte de cirujano del Instituto Nacional de Cancerología, su compromiso en poner todo su empeño y conocimiento para que las cosas salgan lo mejor posible, sin que ello implique una garantía absoluta en los resultados del tratamiento.

ENTIENDO LO ANTERIORMENTE EXPUESTO, ACEPTO EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PROPUESTO.

Paciente CC. No. _____ Familiar o Testigo CC. No. _____

ACTIVIDADES



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Cómo se jerarquizan los principios?
2. ¿Qué diferencia existe entre los principios de Beneficencia y No-maleficencia?
3. ¿Cuál fue el aporte de Juramento Hipocrático en la consolidación de estos principios?
4. ¿Por qué se dice que uno de los aportes fundamentales de la Bioética fue la 'recuperación' del concepto de autonomía de los pacientes?
5. ¿Cuál es el aporte del Consentimiento Informado a la relación médico-enfermo?
6. ¿Según su experiencia, son suficientes los principios de la Bioética para solucionar los problemas que enfrenta en su práctica cotidiana?
7. De un ejemplo en el que los principios entren en conflicto.
8. ¿Qué le aporta a su práctica cotidiana estos principios?

COMENTE EL TEXTO

Algunos autores han criticado nuestro estudio considerándolo una simple retahíla de principios, refiriéndose a que los principios son frecuentemente con una tomadilla de normas repetidas sin reflexión. H. Damiel y B. Gerl así lo creen en su ataque contra el principismo, término que utilizan para designar toda teoría compuesta por un conjunto plural de principios *prima facie* potencialmente conflictivos; fundamentalmente, la nuestra y la de Frankena. Señalan los siguientes defectos a nuestra teoría: a) los principios no son más que nombres, listas o encabezamientos para los valores que merecen la pena recordar, y carecen de contenido moral profundo y de la capacidad de guiar acciones; b) los análisis basados en principios son incapaces de proporcionar una teoría unificada de justificación o una teoría general que convierta los principios en un conjunto sistemático, coherente y exhaustivo de guías de acción; de forma que las guías de acción que proporcionan son construcciones que carecen por completo de orden sistemático; y c) los principios *prima facie* (y otras guías de acción del marco de referencia) entran en conflicto a menudo, y la teoría resulta demasiado indeterminada para proporcionar un procedimiento que permita resolverlos" (Tomado del Texto: "Principios de la Ética Biomédica" de T. Beauchamp y J. Childress, Ed. Masson 1999, págs. 99-100).

APLIQUE ESTA EVALUACIÓN

Aplique esta evaluación a los pacientes de su servicio.

EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA

1. Categoría 1: pacientes con mínimo nivel de competencia.

Criterios de competencia:

1. Conciencia básica de la propia situación. Sí... No...
2. Asentimiento explícito o implícito de las opciones que se le proponen. Sí... No...

Son competentes en esta categoría:

- 1. Niños, retrasados mentales, dementes, seniles moderados.

Decisiones médicas que se pueden tener:

- a) Consentir los tratamientos eficaces.
- b) Rechazar los tratamientos ineficaces.

2. Categoría 2: pacientes con mediano nivel de competencia.

Criterios de competencia:

1. Comprensión de la situación médica y del tratamiento médico. Sí... No...
2. Capacidad de elección basada en las expectativas médicas. Sí... No...

Son competentes en esta categoría:

- 1. Adolescentes (de más de 16 años); retrasados mentales leves; ciertos trastornos de personalidad.

Son incompetentes en esta categoría:

- 1. Trastornos emocionales severos; lobia al tratamiento; alteraciones cognitivas.

Decisiones médicas que se puede tener:

- a) Consentir los tratamientos de eficacia dudosa.
- b) Rechazar los tratamientos de eficacia dudosa.

3. Categoría 3: pacientes con elevado nivel de competencia.

Criterios de Competencia:

1. Comprensión reflexiva y crítica de la enfermedad y el tratamiento. Sí... No...
2. Decisión racional basada en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados. Sí... No...

Son competentes en esta categoría:

- 1. Adultos con mayoría de edad legal, enfermos reflexivos y autocríticos, poseedores de mecanismos maduros de comprensión.

Son incompetentes en esta categoría:

- 1. Enfermos indecisos, cambiantes o ambivalentes; histeria; defensas neuróticas.

Decisiones médicas que se pueden tomar:

- a) Consentir los tratamientos ineficaces.
- b) Rechazar los tratamientos eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

Pedro Lain Entralgo, *Relación médico-paciente* (2ª ed), Madrid, Alianza, 1983.

Tratados hipocráticos (ed. Carlos García Gual, Vol. II), Madrid, Gredos, 1986, pp. 66-67.

Galeno, ed. C.G. Kihn, Leipzig 1821; reedición, Hildesheim, Georg Olms, 1964, vol. IV, p. 779.

Platón, *Leyes* I,1: 631b-d.

Epidemias I,5, Cf. *Oeuvres complètes d'Hippocrate* (ed. E. Littré, Tomo II, París, 1840; reedición, Amsterdam, Hakkert, 1961), Vol 2, pp. 634-636. (en la edición inglesa de W.H.S. Jones, el texto se encuentra en *Epidemias* I,11: Hippocrates, Londres, William Heineman 1923, vol. 1, p. 164).

Karl Prümm, Vol. 2, Madrid, B.A.C., 1961, p.90. Cf. Pedro Lain Entralgo, Madrid, España-Calpe, 1987, pp. 198-200.

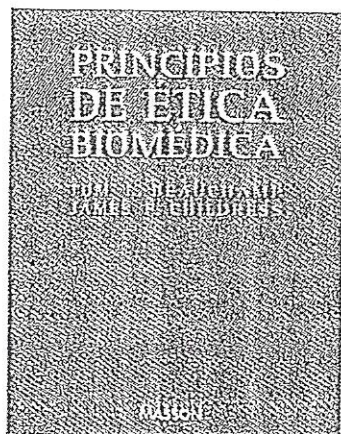
Diego Gracia y José Luis Vidal, "La Isagoge de Ioannitius: Introducción, edición, traducción y notas" en *Asclepio*, XXVI-XXVII, 1974-5, 322-323. Cf. También la edición de Maurach, *Sudhoffs Archiv*, 62, 1978, p. 155.

Ludwig Edelstein, *Ancient Medicine*, Baltimore, 1967, p.243.

Galeno, *Exhortación al aprendizaje de las artes*, edición de José Antonio Ochoa y Lourdes Sanz Mingote en el *Volúmen Galeno*, Madrid, Editorial Coloquio, 1986, p. 72.

Sobre la decencia, cap. 16. Cf. *Tratados hipocráticos*, Ed. García Gual, Madrid, Gredos, 1983, vol. 1, p. 209ss.

W.H.S. Jones, *The Doctor's Oath. An Essay in the History of Medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1924.



Tom L. Beauchamp
James F. Childress
PRINCIPIOS DE LA ÉTICA
BIOMÉDICA
Edit. Masson

TABLA DE CONTENIDO
1. Moralidad y justificación moral
2. Tipos de teoría ética
3. El respeto a la autonomía
4. No maleficencia
5. Beneficencia
6. Justicia
7. Relaciones profesionales entre el sanitario y el paciente
8. Virtudes e ideales de la vida profesional
9. Apéndice: casos de ética biomédica

Ludwig Edelstein, *The Hippocratic Oath, Supplements to the Bulletin of the History of Medicine*, nr. 1, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1943.

Pedro Lafu Entralgo, *La Medicina hipocrática*, Madrid, Revista de Occidente 1970.

Diego Gracia, en *Dolentium Hominum* III, 1988, 65-72.

Diego Gracia, en *Sudhoffs Archiv* 62, 1978, 15.

Ludwig Edelstein, No. 1, Baltimore, the Johns Hopkins Press, 1943.

Charles Singer, en *Gesnerus* 8, 1951, 177-180.

Karl Deichgräber, *Professio medici*, Zum Vorwort des Scribonius Largus, Mainz, Abhandlungen d. Akad. d. Wissenschaften u.d. Literatur, n.º. 1950.

Diego Gracia, "Hipócrates a lo divino" Homenaje a Luis Sánchez Granjel, servicio de Publicaciones de la Universidad de Salamanca (en prensa).

Manuel Casal y Aguado (alias Lucas Alemán), Madrid 1818. Citado por Juan Antonio Férrez, *Tratados Hipocráticos*, vol. 1, Madrid Gredos, 1983, p. 238. Cf. Sobre esto Karl Deichgräber, *Medicus gratus*, pp. 80-83.
Vern L. Bullough, Basilea-Nueva York, S. Karger, 1966.

Alfred C. Post, William S. Ely, S. Oakley Vanderpoel, Lewis S. Pilcher, Thomas Hun, William C. Wey, John Ordronaux, Daniel B. St. John Roosa, Cornelius R. Agnew, Abraham Jacobi, Y H.R. Hopkins, *An Ethical Symposium: Being a Series of Papers Concerning Medical Ethics and Etiquette from the Liberal Standpoint*, Nueva York, G.P. Putnam's Sons, 1883.

Diego Gracia, "¿Profesión o sacerdocio? Propuestas para un debate ético sobre la profesión médica", en *Jano*, núm. extra, octubre 1983, 38-52; "La profesión médica", en *Campus*, n.º. 6, 1985, 16-18; "La Medicina en la historia de la civilización", en *Dolentium Hominum*, vol. 3, n.º. 7, 1988, 65-72; "El poder médico", en S. Bracho, D. Gracia et al., *Ciencia y Poder*, Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1987, 141-167.

Diego Gracia "Persona y Comunidad: De Boecio a Tomás de Aquino", en *Cuadernos Salmantinos de Filosofía*, XI, 1984, pp. 63-106.

Gonzalo Fernández de Oviedo, *Historia General y Natural de las Indias*, ed. Juan Perez de Tuleda, Madrid, Biblioteca de Autores Españoles, tomo CXVII, 1959.

Américo Vespucio, *Cartas de viaje* (ed. Luciano Formisano), Madrid, Alianza, 1986.

Thomas Hobbes, *Leviatan* (ed. Española de C. Moya y A. Escohotado), Madrid, Editora Nacional, 1980.

Eugenio Imaz, *Utopías del Renacimiento*, México, FCE, 1941.

John Locke, *Ensayo sobre el gobierno civil* (trad. Esp.), Madrid, Aguilar, 1969, p.

Adam Smith, *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones* (trad. Esp.), México, FCE, 1979.

John Stuart Mill, *Sobre la libertad*, Barcelona, Orbis, 1985.

Alan Meisel, "The Expansion of Liability for Medical Accidents. From Negligence to Strict Liability by Way of Informed Consent", *Neb. L. Rev.* 51, 1977, 80-81.

Halbert G. Stetson y John E. Moran, "Malpractice Suits: Their Cause and Prevention", en *New Engl. Journ. Med.* 210, 1934, 1383-1384.

Tom L. Beauchamp, y Laurence B. McCullough, *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos* (trad. Esp.), Barcelona, Labor, 1987.

José Luis L. Aranguren, *Ética*, Madrid, Revista de Occidente, 1958.

Pedro Lafu Entralgo, *Enfermedad y pecado*, Barcelona, Toray, 1961.

John Locke, *Dos ensayos sobre el gobierno civil*; ed. Esp. Madrid, Aguilar, 1969. Cf. Eusebio Fernández, *Teoría de la justicia y derechos humanos*, Madrid, Debate, 1984.